الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة منتوري قسنطينة

كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير
قســـم العلوم الاقتصادية

رقم التسجيل : ....

الرقم التسلسلي:..............

المنظومات الصحية المغاربية
- دراســـة مقارنـــة -

أطروحة مقدمة لنيل درجة دكتوراه العلوم في العلوم الاقتصادية

تقـديم الطالب
عياشي نورالدين

إشـراف الأستاذ الـدكتور
براهميــة ابراهيـم

أعضاء لجنة المناقشة:

الاسم واللقب:	الصفـة	الدرجة العلمية	الجامعة الأصلية
1ـ أبركان عبد الحميد	رئيسا	أستاذ التعليم العالي	جامعـــة قسنطينـــــة
2ـبراهميــة ابراهيــم	مشرفا ومقررا	أستاذ التعليم العالي	جامعـــة قسنطينـــــة
3ـغـرابـة مصطفــى	عضوا	أستاذ التعليم العالي	جامعـــة الجـــزائـــــر
4ـقايد تليـلان نــوارة	عضوا	أستاذ التعليم العالي	جــامعــة بجــأيـــــة
5ـبن حبيب عبد الرزاق	عضوا	أستاذ التعليم العالي	جــامعــة تلمســـــان
6ـشرابي عبـد العزيـز	عضوا	أستاذ التعليم العالي	المركز الجامعي خنشلة

السنة الجامعية 2010/2009

بسم الله الرحمن الرحيم

قُلْ هَلْ يَسْتَوِي الَّذِينَ يَعْلَمُونَ وَالَّذِينَ لَا يَعْلَمُونَ

إِنَّمَا يَتَذَكَّرُ أُولُوا الْأَلْبَابِ

[الزمر آية: (9)]

إِنَّمَا يَخْشَى اللَّهَ مِنْ عِبَادِهِ الْعُلَمَاءُ

إِنَّ اللَّهَ عَزِيزٌ غَفُورٌ

[فاطر آية: (28)]

شكر وعرفان

لا يسعني إلا أن أتقدم بأسمى عبارات الشكر والامتنان للأستاذ المشرف، الأستاذ الدكتور " براهمية ابراهيم " الذي لم يدخر جهدا في سبيل إنجاز هذا العمل بنصائحه القيمة وتوجيهاته السديدة التي أثرت البحث وعمّقت تصوراته.

كما أتقدم بشكري الجزيل إلى كافة أساتذة كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، الذين ساهموا بشكل أو بآخر في مجال التحصيل والبحث.

ولا يفوتني أن أزجي عبارات العرفان والجميل للأخ والصديق خنفري عيسى على ما قدمه من مساعدة في كتابة وإخراج هذا العمل بالشكل المطلوب. والشكر موصول أيضا للدكتور يوسف وغليسي لقبوله مراجعة الرسالة وإثرائها من الناحية اللغوية.

وأدعو الله أخيرا أن يجزي خيرا كل من قدّم لي المساعدة من قريب أو من بعيد.

نورالدين

الإهداء

إلى الوالدين الكريمين

وفاء لحقهما وعرفانا بفضلهما.

إلى زوجتي الفاضلة "نجاح"

إلى قرة عيني:

ريم / ريان / رانيا / رشا

إلى إخوتي الأعزاء: كمال، نجاة، نصيرة

إلى زوجة أخي ليندة والأولاد:

عبير، يوسف، هاجر، دعاء.

إلى كل الزملاء والأصدقاء، وإلى كل من ساهم سواء من قريب أو من بعيد في إنجاز هذا العمل.

الباحث

المقدمة

مقدمـــة:

تبرز العديد من الدراسات والتقارير أن تباين المؤشرات الصحية بين مختلف الدول وداخل الدولة الواحدة ما هو إلا انعكاس للتفاوت المسجل في مجالات التنمية الاقتصادية والاجتماعية. وعليه تم اعتبار هذه المؤشرات مقياسا لمخرجات التنمية الشاملة انطلاقا من كون الصحة جزء لا يتجزأ منها. وهنا يبرز الدور المحوري للاستثمار في رأس المال البشري (مجالات الصحة، التعليم، السكن..) كمطلب أساسي لتحقيق تنمية متوازنة ومستدامة من خلال إيجاد مزيج ملائم للسياسات التي تحقق التوازن بين مستوى النمو الاقتصادي والمسألة الاجتماعية في مختلف أبعادها.

تعتبر أبحاث الاقتصاد الصحي محاولات جادة لإظهار الفائدة الاقتصادية من الجهود التي تبذل لتحسين الوضع الصحي للسكان، انطلاقا من أن الإنفاق على الصحة يمثل استثمارا بشريا. وقد برزت هذه الأبحاث بالنظر للطلبات المتنامية على الخدمات الصحية مقابل وجود موارد محدودة، وأصبحت إشكالية التكاليف الصحية محط اهتمام الدول النامية والمتطورة على حد سواء، بالنظر لتسارع وتيرة نموها، والتقدم المستمر لتكنولوجيا الصحة وعلوم الطب. وعلى ضوء ذلك برزت الحاجة الماسة لترشيد الموارد المالية المخصصة لهذا القطاع بما يضمن تلبية الطلب المتنامي على الخدمات الصحية، في ظل النمو الديموغرافي، التغير في التركيبة العمرية، وتنوع الاحتياجات بفعل تغير خريطة المرض. وأصبح من الضروري إيجاد الآليات العملية المناسبة لتوظيف هذه المصادر بحثا عن الفعالية.

وقد تأثرت مؤسسات الرعاية الصحية تأثرا كبيرا بالتطورات التي شهدها العلم والتكنولوجيا الطبية في مجال التشخيص والعلاج، غير أن توزيع ثمار هذا التطور يبقى غير عادل فيما بين الدول، وداخل الدولة الواحدة، على جميع مستويات الرعاية الصحية، الوقائية والعلاجية. ويبرز ذلك التفاوت من خلال المؤشرات العديدة المستخدمة في مجالات المقارنة بين فعالية المنظومات الصحية ومستويات الأداء لديها. ومن أهم المؤشرات المستعملة يمكن ذكر وفيات الأطفال دون سن الخامسة، الأطفال الرضع، أمل الحياة عند الولادة، الوفيات المرتبطة بالحمل والولادة، إضافة إلى مؤشرات أخرى تتعلق بعدد الأسرة المتوفرة، عمال السلك الطبي وشبه الطبي ومستويات التغطية، أساليب التمويل وغيرها من المؤشرات التي تسمح بالوقوف على نوعية الخدمات المقدمة، وعدالة توزيعها.

ويبقى الاستثمار في مجال البحوث والرعاية الصحية أساس تحقيق التنمية الاقتصادية والاجتماعية، وتخفيض مستويات الفقر. وقد تعززت هذه الرسالة من خلال الاستنتاجات التي خلص إليها مشروع الأمم المتحدة فيما يتعلق بالأهداف الإنمائية للألفية. حيث اعتبرت تلك الأهداف التي تمت صياغتها في سنة 2000، التزاما تاريخيا لمواجهة بعض أهم التحديات الإنمائية في العالم بحلول عام 2015، والتي جعلت المجال الصحي المحور الذي تدور حوله التنمية. فمن بين الأهداف الثمانية المعتمدة، نجد ثلاثة منها تتعلق مباشرة بالصحة، في حين تؤثر الأهداف الأخرى بصورة غير مباشرة. هذه الانشغالات المذكورة تتبناها مختلف الدول بغض النظر عن معدل النمو الاقتصادي، ومستويات التنمية الاقتصادية. وهو ما تجسده جملة الإصلاحات التي خضعت لها جل المنظومات الصحية لتوسيع الحماية الاجتماعية في الميدان الصحي، وإعادة توزيع الأدوار وتحقيق التكامل بين القطاعين العام والخاص.

إن البلدان المغاربية الثلاث (تونس، الجزائر، المغرب)، شأنها شأن العديد من البلدان النامية، تعيش منذ سنوات تغيرات عميقة في هيكلها الاقتصادي، بغية معالجة الاختلالات التي أصبحت تميز اقتصادياتها، وصبغتها بالأزمة شكلا ومضمونا، ترتبت عن ذلك آثار اجتماعية بعيدة المدى مست مختلف جوانب حياة الإنسان. فالإصلاحات التي بوشرت تحت رقابة المؤسسات المالية الدولية، وإن حققت نتائج ونجاحات في المجال النقدي والمالي على صعيد التوازنات الاقتصادية الكبرى، فقد كانت لها انعكاسات سلبية على مختلف الجوانب الاجتماعية (الصحة التعليم، السكن..)، وأصبحت المسألة الاجتماعية من المسائل الحساسة والمهمة التي يجب إدراجها عند الحديث عن أي إصلاحات اقتصادية حقيقية وشاملة. فالحالة الصحية للسكان يمكن تفسيرها كنتاج للسياسات التنموية المتبعة، والسياسات الصحية المتبناة.

بالرغم النقائص المسجلة في مجال التغطية الصحية، فقد حققت البلدان المغاربية الثلاث نتائج مشجعة في محاولاتها الجادة لضمان توفير الخدمات الصحية، والتي تبرزها مختلف المؤشرات الايجابية التي تم تحقيقها بشكل عام. غير أن ما يمكن استخلاصه هي الاختلالات التي أصبحت تطبع عمل المنظومات الصحية المغاربية، وبدرجات متفاوتة، تتجلى على وجه الخصوص في الجوانب المالية والتمويلية، بالنظر إلى معدل نمو النفقات الصحية وأساليب تمويلها من جهة، ومن جهة أخرى وتائر نمو اقتصادياتها الوطنية، في ظل المعطيات الدولية الراهنة. وكنتيجة لذلك، برز النقاش في السنوات الأخيرة حول آليات وأساليب تنظيم وتمويل

المنظومات الصحية بحثا عن فعالية أكبر، سواء في مجال عرض العلاج ونوعيته، أو في مجال التمويل والتحكم في التكاليف. كل ذلك من أجل تحقيق شمولية التغطية الطبية، وتجسيد مبدأ الإنصاف في الحصول على الخدمات العلاجية الضرورية لمختلف شرائح المجتمع.

رغم اختلاف المنظومات الصحية من مجتمع لآخر، فإنها تلتقي في أهداف مشتركة من بينها السعي الدائم لتحسين المستوى الصحي للأفراد، ترقيته باستمرار، أخذا بعين الاعتبار لخصوصية كل دولة وإمكانياتها المتاحة. والواقع أن تحسين النتائج الصحية يتوقف على عوامل متعددة خارج القطاع الصحي وداخله، فكل منظومة صحية توجد في تفاعل دائم مع مختلف المجالات السياسية، الاقتصادية الاجتماعية، والبيئية. وبعبارة أخرى فإن تحسين مجمل المؤشرات الصحية يتأثر بمجموعة من العوامل بما فيها النمو الاقتصادي، ارتفاع مستوى المعيشة، توزيع الدخل بشكل أكثر إنصاف، تحسن التغذية، التعليم الأفضل، وظروف السكن، والتي تحدد المعالم الأساسية لكل منظومة صحية، والاستراتيجيات والبرامج المعتمدة لتحقيق الأهداف المسطرة. فرغم الدور الكبير الذي تلعبه الخدمات الصحية في تحسين الحالة الصحية للسكان، فلا يجب إغفال الدور الكبير الذي تلعبه مختلف العوامل السالفة الذكر.

إن أهمية بعث دراسات مقارنة للمنظومات الصحية المغاربية، والاستفادة من نتائجها تجد تفسيرها في عدة ملاحظات أهمها أن نقاط الانطلاق للبلدان الثلاث متشابهة في المجالات الاقتصادية، الاجتماعية والثقافية. وقد استوحت مبادئ تسيير منظوماتها الصحية، وأساليب تمويلها من عناصر المنظومة الصحية الفرنسية. كما عملت هذه الدول منذ الاستقلال بشكل منفرد في وضع وإنشاء منظوماتها الصحية والعلاجية بمختلف مكوناتها، دون أن تكون هناك مبادرات جادة لتبادل المعارف والخبرات المكتسبة.

وفي ظل التحولات الكبيرة التي تعيشها الدول المغاربية من أجل التكيف مع الوضع الاقتصادي العالمي وسياسات الانفتاح المعتمدة، يكون من الضروري طرح التساؤل التالي:

ما مدى فعالية الأساليب التنظيمية، وأشكال تمويل المنظومات الصحية المغاربية في تحسين مستويات الأداء، وتأثيرها على المؤشرات الصحية للسكان؟

ومن خلال هذا السؤال الرئيسي، بالإمكان طرح بعض التساؤلات التالية:

- هل تستجيب السياسة الاقتصادية المتبعة لأهداف المنظومة الصحية المنتهجة؟
- ما هي أهم المؤشرات الاقتصادية والاجتماعية المسجلة في البلدان المغاربية الثلاث؟

- ما هو الدور الذي تلعبه مستويات التغطية الطبية بين مختلف المناطق، في تجسيد مبدأ الإنصاف في الحصول على الخدمات الضرورية؟
- ما هو الدور الذي يجب أن تلعبه الدولة لضمان صحة الأفراد من جهة، وضمان عملية تمويل المنظومة الصحية، وترشيد نفقاتها من جهة أخرى؟
- كيف يمكن ترشيد منظومة العلاج، والتحكم في التكاليف الصحية بشكل عام؟.

وللإجابة على التساؤلات السابقة يمكننا صياغة الفرضيات التالية:

- تنفيذ الإصلاحات الاقتصادية، يستوجب إدراج البعدين الاقتصادي والاجتماعي لتحقيق تنمية شاملة وحقيقية.
- تجسيد مبدأ العدالة الاجتماعية وتجانس النتائج الصحية، يمر عبر تحقيق نوع من التوازن الجهوي في عرض العلاج (المنشآت الصحية والموارد البشرية).
- ضعف مستويات التأمين على المرض قد يكون له تأثير سلبي على طلب العلاج، ومن ثم تفاوت المؤشرات الصحية بين فئات المجتمع.
- التركيز على المستوى الأول للعلاج بإمكانه التخفيف من إشكالية التكاليف الصحية.

ورغم الأهمية التي تكتسيها مثل هذه الدراسات المقارنة، يعتبر هذا الموضوع حديث الدراسة ببلادنا، وكذا البلدان المغاربية بشكل عام، دون أن ننفي الدراسات الجادة التي تمت في ميدان الاقتصاد الصحي، وتحليل المنظومات الصحية في البلدان المغاربية بشكل منفصل. فالدراسات المقارنة بإمكانها إعطاء صورة أكثر دقة عن خصوصيات كل منظومة صحية والوقوف على إيجابياتها ونقائصها، من خلال تحليل النتائج والمؤشرات المسجلة. كما تسمح عملية المقارنة بإيجاد الآليات الكفيلة ببعث أسس الشراكة المغاربية وتبادل الخبرات المكتسبة سعيا لتطوير مستويات الأداء والفعالية. وقد اقتصرت دراستنا على البلدان المغاربية الثلاث (تونس الجزائر، المغرب) بحكم توفر المعطيات الإحصائية، وتشابه أساليب تنظيم وتمويل منظوماتها الصحية، مما يسمح بعقد المقارنات اللازمة.

يرجع الدافع الرئيسي لاختيارنا لهذا الميدان من الدراسة لأسباب موضوعية، تتجلى خاصة في الأهمية التي يكتسيها هذا الجانب الحيوي، والحساس من حياة الفرد الذي يعتبر الهدف الأول والأخير في عملية النمو والتنمية. لذلك فإن الأمر يتعلق بالسعي الدائم لتلبية

مختلف احتياجاته الاجتماعية، الثقافية وغيرها، وتأتي في مقدمة هذه الاحتياجات المسألة الصحية من أجل النمو السليم والمتوازن للفرد داخل الأسرة، وكجزء من المجتمع.

وبالنظر لخصوصية الموضوع، فقد اعتمدنا المنهج الوصفي التحليلي في الدراسة من أجل تحليل المعلومات والبيانات المتحصل عليها من مختلف الكتب، الدوريات والتقارير المتخصصة، ومحاولة الوقوف على خصوصيات كل منظومة صحية، ومستويات الأداء المحققة. كما تم اللجوء إلى استعمال المنهج التاريخي بغية الوقوف على الأساليب التنظيمية والتمويلية التي ميزت الأشكال الرئيسية للمنظومات الصحية، ومختلف الإصلاحات التي بوشرت لترشيد النفقات، وتحسين الفعالية، بالإضافة إلى تتبع التطور الحاصل في المؤشرات الصحية في البلدان المغاربية الثلاث. إلى جانب ذلك فقد تم استعمال المنهج المقارن بحكم طبيعة الدراسة التي استوجبت عقد المقارنات المختلفة، سواء في مجال المؤشرات الصحية المسجلة، أو أساليب تنظيم وتمويل مختلف المنظومات الصحية.

ومن أجل الإحاطة والإلمام بمختلف جوانب الموضوع، فقد ارتأينا تقسيمه إلى أربعة فصول رئيسية تطرقنا فيها بالدراسة والتحليل إلى ما يلي.

تناولنا في الفصل الأول خصائص المنظومات الصحية العالمية وتطورها. حيث رأينا أنه من الأجدر قبل تناول المنظومات الصحية المغاربية، أن نتطرق إلى الأشكال الرئيسية للمنظومات الصحية على المستوى العالمي، والتطور التاريخي الذي مرت به. حيث يمكن القول أن هناك ثلاثة أشكال نموذجية مختلفة: منظومة التأمين على المرض(المنظومة المهنية لبيسمارك)، المنظومة الوطنية للصحة (منظومة بيفردج)، المنظومة الصحية الحرة التي تمثلها الولايات المتحدة الأمريكية. حيث تطرقنا للمنظومتين الصحيتين لكل من فرنسا وألمانيا اللتان تبنتا الشكل الأول، إضافة إلى المنظومة الصحية لإنجلترا فيما يتعلق بالشكل الثاني وأخيرا المنظومة الصحية للولايات المتحدة الأمريكية في الشكل الثالث. وحاولنا توضيح الاختلافات المسجلة في أشكال التنظيم، وأساليب التمويل على مستوى المنظومات السالفة الذكر، بالإضافة إلى مختلف الإصلاحات التي تبنتها الدول المعنية في محاولاتها لترشيد النفقات الصحية، وتحسين مستويات الأداء بحثا عن الفعالية.

إن تفاعل المنظومات الصحية مع المجالات السياسية، الاجتماعية، الاقتصادية، والبيئية يفسر لجوئنا في الفصل الثاني إلى دراسة التطورات الاقتصادية التي عرفتها البلدان

المغاربية الثلاث، وآفاقها المستقبلية. ومن ثم الوقوف على نتائج تلك الإصلاحات الاقتصادية التي تعكسها المؤشرات الاجتماعية.

وتم في هذا الفصل أيضا تناول المسألة الديموغرافية، ومعها مشكلة البطالة، وفرص الاستفادة مما يعرف بالهبة الديموغرافية. لنخلص إلى تناول موضوع الحماية الاجتماعية وسياسات الضمان الاجتماعي المنتهجة كوسيلة لإيجاد التوافق بين التنمية الاقتصادية والمسألة الاجتماعية. ومن ثم التطرق لمؤشر دليل التنمية البشرية، وإعطاء صورة عن التطور الحاصل في المكونات الثلاثة لهذا الدليل.

الفصل الثالث من الرسالة خصص لدراسة أهم المؤشرات الصحية ومستويات عرض العلاج في البلدان المغاربية. إضافة إلى تطور الموارد البشرية في المنظومات الصحية الثلاث، ومستويات التغطية المسجلة. إلى جانب ذلك تم التطرق لتطور المنشآت الصحية في البلدان المغاربية، ومن ثم إجراء مقارنة لمستويات الرعاية الصحية المقدمة، والوقوف على مختلف النقائص التي تعاني منها المنظومات الصحية المغاربية.

الفصل الرابع تناولنا فيه مصادر تمويل المنظومات الصحية المغاربية في ظل التحديات الجديدة على الصعيد الاجتماعي، الاقتصادي، وتغير خريطة المرض. حيث تطرقنا لتطور النفقات الصحية ونسبتها من الناتج الداخلي الخام، حصة النفقات العمومية من إجمالي النفقات الصحية، إضافة إلى مؤشر لا يقل أهمية وهو الإنفاق الصحي للفرد معادل القوة الشرائية بالدولار الأمريكي، ومن ثم محاولة الوقوف على التباين المسجل بين الدول الثلاث في أشكال ومصادر التمويل. وخصص المبحث الأخير من الفصل الرابع لموضوع السياسة الدوائية في البلدان المغاربية، ونسبة الإنتاج المحلي في تغطية مستويات الطلب الداخلي، والإجراءات الهادفة لبعث صناعة صيدلانية وطنية كفيلة بتخفيض فاتورة الاستيراد.

من خلال الدراسة التي تمت في الفصول الأربعة خرجنا بجملة من النتائج والتوصيات التي أبرزناها في خاتمة الرسالة. ونرجو في الأخير أن نكون قد وفقنا في اختيار ومعالجة موضوع دراستنا، سائلين المولى عز وجل التوفيق والنجاح.

الفصل الأول:

المنظومات الصحية العالمية خصائصها، وتطورها

تمهيد:

1ـ1 الصحة مؤشر للتنمية البشرية

1-2 المنظومة الصحية ومكوناتها

1ـ3 المنظومة الصحية الألمانية

1ـ4 المنظومة الصحية الفرنسية

1ـ5 المنظومة الوطنية للصحة: منظومة بيفردج *(Beveridge)*

1ـ6 المنظومة الصحية الحرة (الولايات المتحدة الأمريكية)

1ـ7 بعض المؤشرات الصحية في دول منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية *(OCDE)*

خلاصة الفصل الأول.

تمهيد:

أدى التطور الذي حدث في مفهوم الصحة، والنظر إليها كقضية اجتماعية، إلى تأسيس منظمة الصحة العالمية عام 1946. والتي قامت بوضع، ونشر مفهوم للصحة على أنها حالة من اكتمال السلامة بدنيا وعقليا واجتماعيا، لا مجرد انعدام المرض أو العجز. وحددت المنظمة منهجا متكاملا يربط بين كل العوامل المتعلقة بسلامة الأفراد (الجوانب المادية والاجتماعية المحيطة بهم)، والتي من شأنها أن تؤدي إلى تحقيق مؤشرات صحية جيدة. ومع إنشاء منظمة الصحة العالمية اعترف لأول مرة بالحق في الصحة اعترافا دوليا.

كما حظي الاعتراف العالمي بالحق في الصحة بمزيد من التأكيد في إعلان ألما-آتا الخاص بالرعاية الصحية الأولية الصادر عام 1978، والذي تعهدت فيه الدول بوضع منظومات شاملة للرعاية الصحية، لضمان التوزيع الفعال، والمنصف للموارد، سعيا للمحافظة على الصحة، وتحسين مختلف المؤشرات الدالة عليها.

ولتجسيد تلك الأهداف عمدت الدول إلى تطوير منظوماتها الصحية باختلاف أشكالها التنظيمية، والظروف التاريخية التي نشأت فيها، من خلال إيجاد آليات التمويل اللازمة وبتكلفة يمكن تحملها، مع محاولة إشراك كافة القطاعات الفاعلة والمؤثرة في المجال الصحي، لتكون المحصلة النهائية هي تحسين مختلف المؤشرات الصحية.

وبالنظر لهذه المعطيات السالفة الذكر، فقد ارتأينا قبل تناولنا لموضوع المنظومات الصحية المغاربية بالتفصيل، أن نتطرق في هذا الفصل الأول إلى أهمية الصحة كمؤشر للتنمية الاقتصادية والاجتماعية، ومن ثم تناول الأشكال الرئيسية للمنظومات الصحية على المستوى العالمي، وتسليط الضوء على السياق التاريخي الذي تطورت من خلاله. بالإضافة إلى مختلف الإصلاحات التي مست الجوانب التمويلية والتنظيمية في محاولة للبحث عن فعالية أكبر، وتحقيق مبدأ الإنصاف في الحصول على الخدمات الصحية لمختلف شرائح المجتمع، وخاصة الفقيرة منها.

1-1 الصحة مؤشر للتنمية البشرية:

تسهل عملية تحديد الدخل القومي أكثر من قياس التنمية البشرية، حيث يرى العديد من الاقتصاديين أن الدخل القومي مؤشر جيد للدلالة على رفاهية الفرد. ورغم وجود علاقة قوية بينهما، إلا أن التنمية البشرية لا تعتمد فقط على مدى النمو الاقتصادي المحقق، ومعه الدخل القومي. بل تتعداه إلى مجالات استعمال هذا الدخل المسجل في إطار التنمية. فمفهوم التنمية البشرية لا يمكن قياسه بالاعتماد على مؤشر واحد. وعليه، فإن مؤشر التنمية البشرية يعطي دلالة أوسع مما يعطيه مؤشر الدخل في التعبير عن مستوى التنمية البشرية.

أولى المحاولات لإدراج الصحة كمؤشر للتنمية جاءت من خلال المبادرة التي أطلقها برنامج الأمم المتحدة للتنمية *(PNUD)*. حيث تم وضع مؤشر التنمية البشرية بالتوليف بين ثلاثة عناصر أساسية[1]:

- مستوى المعيشة: ممثلا في الناتج الوطني الحقيقي لكل فرد مقيم بالقدرة الشرائية.
- مستوى التعليم: مستوى تعليم الكبار(البالغين)، والمعدل الخام للتمدرس.
- أمل الحياة عند الولادة.

ويقيس دليل التنمية البشرية إجمالي التقدم في بلد ما نحو تحقيق التنمية البشرية، وهو يركز على ثلاثة أبعاد رئيسية هي: متوسط العمر المتوقع عند الولادة، معدل الإلمام بالقراءة والكتابة للبالغين، ومستوى تحقيق تعميم التعليم الابتدائي، الثانوي والعالي، والبعد الثالث يشمل مستوى المعيشة للسكان، معبرا عنه بالناتج المحلي للفرد (معادل القوة الشرائية بالدولار الأمريكي *PPA*). هذه الأبعاد الثلاثة تعطي رؤية شاملة للتنمية أحسن من استخدام متوسط الدخل وحده. فمن خلال قياس معدل الانجازات المحققة في مجالات الصحة، التعليم والدخل فإن دليل التنمية البشرية يكون أكثر دلالة من استعمال مؤشر متوسط دخل الفرد فقط

إن النمو الاقتصادي هو وسيلة هامة لبلوغ هذه الغاية. وهنا تبرز أهمية السياسات المتبعة في ترجمة الثروة التي يستفيد منها الفرد الذي يعتبر الهدف الأول والأخير في عملية النمو والتنمية. فالسياسات المعدة والمتبعة بعناية، والخدمات الجيدة التي يمكن توفيرها من طرف الحكومات والمجتمع المدني، بإمكانها أن تحقق تقدما ملموسا في مؤشرات التنمية

---

[1] *Denis – clair Lambert, La santé, clé de développement économique: Europe de l'Est et Tiers mondes Édition L'HARMATTAN, Paris, 2001, p 24.*

البشرية حتى في غياب مستويات عالية للنمو الاقتصادي. وإذا كان هناك تراجع لدليل التنمية البشرية، فإن هذه الدول ستستنفد أسس التنمية لديها.

ونظرا لارتباطها الوثيق بالتنمية، فقد أولى المجتمع الدولي أهمية بالغة للصحة في مختلف المؤتمرات والقمم المنعقدة، من قمة الأرض في ريو ديجانيرو بالبرازيل سنة 1992 إلى قمة جوهانسبورغ بجنوب إفريقيا في سنة 2002. وبرز من خلالها العنصر البشري في قلب الانشغالات المتعلقة بالتنمية المستدامة. حيث تم التأكيد على أن التنمية الاجتماعية الاقتصادية، والبيئية، على المدى الطويل تكون مستحيلة بدون أفراد يتمتعون بمستوى صحي مقبول. فالصحة لا تعني فقط سلامة الفرد، بل تمثل أيضا دعامة لتحقيق التنمية الاجتماعية والاقتصادية. هذا الدور يفسر بوجود علاقات متينة ومتعددة بين الأبعاد البيئية، الاجتماعية والاقتصادية للتنمية المستدامة. هذا الترابط يستوجب تضافر الجهود بين مختلف القطاعات والهيئات، بوضع برامج وقائية أكثر مردودية، بدلا من التركيز على البرامج العلاجية.

1-1-1 الأهداف الإنمائية للألفية:

إن تزايد الاهتمام بالبعد الاجتماعي، والصحي في التنمية المستدامة على المستوى المحلي والدولي، يرجع إلى ارتفاع حالات الأمراض الخطيرة التي أصبحت تمس العديد من المناطق في العالم، وما ترتب على ذلك من أعباء اقتصادية كان بالإمكان تفاديها من خلال الاستثمار في الصحة[1]. ففي مؤتمر ريو بالبرازيل المنعقد في الفترة (3–14 جوان 1992)[2] خصص الفصل السادس لموضوع الصحة تحت عنوان "حماية وترقية الصحة". وتم إبراز الارتباط الوثيق بين الصحة والتنمية، بدليل أن المبدأ الأول من قرار المؤتمر حول البيئة والتنمية ينص على أن العنصر البشري هو محور التنمية المستدامة، وللأفراد الحق في حياة سليمة ومنتجة، وفي تناسق مع الطبيعة، مع ضرورة الاستجابة للاحتياجات الحالية للسكان دون التأثير على حقوق الأجيال القادمة. وقد تركز برنامج النشاط حول المحاور التالية:

- تلبية الاحتياجات في ميدان العلاج الصحي الأولي، وخاصة في المناطق الريفية.
- محاربة الأمراض المتنقلة.
- حماية الطبقة الفقيرة.

---

(1) *GRO HARLEM BRUNDTLAND, santé et développement : une approche durable, Revue ISUMA, Volume 3, N° 02, Automne 2002, p 04.*

(2) *Rapport de la conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement (Rio de Janeiro 3 -14 Juin 1992) : http://www.ayora21.org/rio92/A21_html/A21fr/a21_06.html*

- حماية صحة السكان في المناطق الحضرية.
- تخفيض المخاطر الصحية المتعلقة بالتلوث والأخطار البيئية.

وعلى الدول أن تباشر برامج نشاط ذات أولوية، بالاعتماد على أساليب التخطيط، وإشراك مختلف مستويات القرار العمومية، المنظمات غير الحكومية، الجماعات المحلية، والمنظمات الدولية كالمنظمة العالمية للصحة.

بعد ثماني سنوات، أي في سبتمبر من عام 2000، تم عقد الجمعية العامة للأمم المتحدة في نيويورك، وتم تحديد مجموعة من الأهداف والغايات، والتي اعتمدت من قبل 191 دولة. حيث اعتبرت كاستمرارية للالتزامات التي تبنتها قمة الأرض. وحدد الإعلان مجموعة من ثمانية أهداف، و18 غاية، قابلة للقياس، ومحاولة تحقيقها بحلول عام 2015. وتتراوح تلك الأهداف بين مكافحة الفقر والجوع، المرض، الأمية، التدهور البيئي، والتمييز ضد المرأة. ويطلق على هذه الغايات والأهداف، التي تمثل محور قائمة الاهتمامات العالمية، بالأهداف الإنمائية للألفية، والمتمثلة أساسا في المحاور التالية[1]:

- تخفيض الفقر المدقع والجوع إلى النصف.
- بلوغ هدف تعميم التعليم الابتدائي.
- تعزيز المساواة بين الجنسين، وتمكين المرأة.
- تخفيض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة بواقع الثلثين.
- تخفيض معدل وفيات الأمهات بمقدار ثلاثة أرباع في العالم النامي. ولكن جميع البلدان تقريبا لديها الآن برامج أمومة مأمونة.
- وقف انتشار الأمراض، لا سيما فيروس نقص المناعة البشرية، والملاريا. حيث تسببت الأمراض القاتلة في إلغاء المكاسب الإنمائية لجيل كامل.
- ضمان الاستدامة البيئية، الحصول على مياه الشرب النقية، والمرافق الصحية.
- إقامة شراكات عالمية لأغراض التنمية، مع وضع أرقام مستهدفة للمساعدة والتجارة والإعفاء من الديون، ومواجهة الاحتياجات الخاصة لأقل الدول نموا. حيث تنفق هذه الأخيرة على خدمة الديون أكبر مما تنفقه على الخدمات الاجتماعية.

---

[1] لمعلومات أكثر حول مجمل أهداف الألفية، أنظر:

OMS, La santé et les objectifs du Millénaire pour le développement, tenir les promesses, 2005.

هذه الأهداف ستسعى المجموعة الدولية إلى تحقيقها بحلول عام 2015، وهي أهداف صعبة المنال بالنظر إلى الوضع الصحي على المستوى العالمي، وكذا الهوة الكبيرة الموجودة بين العالم المتطور والعالم النامي والمتخلف.

في ديسمبر سنة 2001[(1)] بعث التفكير من جديد حول محور الصحة والتنمية المستدامة بفضل التقرير المقترح من قبل منظمة الصحة العالمية تحت عنوان"الاقتصاد الكلي والصحة: الاستثمار في الصحة من أجل التنمية الاقتصادية". هذا التقرير يلح على ضرورة تقاسم أعباء الاستثمار في هذا القطاع الحيوي على المستوى الدولي لمعالجة الفروقات الكبيرة في المنظومات الصحية، والتي أدت إلى اتساع الهوة وتدعيم اللامساواة. وموضوع الصحة تجاوز إطار أهداف التنمية البشرية التي قررت في مؤتمر الأرض، وأصبحت الصحة دعامة وركيزة أساسية للتنمية الاقتصادية، والحد من مستويات الفقر.

ولإضافة حركية في التنمية المستدامة لدى مجمل الدول فإنه يتوجب معالجة موضوع الصحة بأكثر شمولية من خلال المجموعة الدولية ككل، بالنظر إلى ضعف الإمكانيات الاقتصادية والمالية للكثير من الدول التي تعاني مشاكل صحية كبيرة، تبرزها المؤشرات الصحية المتردية (أمل الحياة عند الولادة، وفيات الأطفال، الأمراض المتنقلة، الأمراض الطفيلية..).

ثم جاءت في الفترة من (26 أوت إلى 04 سبتمبر 2002) في جوهانسبورغ بجنوب إفريقيا القمة العالمية من أجل التنمية المستدامة، والتي تبنت قرارا سياسيا، وخطة عمل لجملة من النشاطات والإجراءات التي يجب أخذها، من أجل الوصول إلى تنمية تراعي المشاكل البيئية التي يعيشها العالم. إضافة إلى عدة قرارات تخص العديد من المجالات كمشكلة المياه، الطاقة الصحة، الفلاحة، والتنوع البيولوجي.

المقصود بالتنمية المستدامة هي تلك التي تسمح بتلبية الاحتياجات الحالية دون التأثير على حقوق الأجيال القادمة. وهو ما يوجب وضع نظام، ومجموعة من القواعد، تجعل من العولمة قوة أكثر إيجابية، لتحسين ظروف العيش لمجمل السكان، بغض النظر عن قدراتهم والمناطق التي يتواجدون بها. فهذا المحيط الجديد يجب أن يدعم العدالة، رفع مستويات التعاون الدولي وخاصة في مجال التمويل، نقل التكنولوجيا، تخفيف عبء المديونية، وتوسيع مجالات التبادل والتجارة.

(1) *Université internationale du développement durable, santé et développement durable : http://www.uidd.org/fr/thematique/sante_durable.htm.*

إن هدف قمة جوهانسبورغ، هو إعادة بعث الالتزام العالمي لفائدة التنمية المستدامة، الشراكة شمال- جنوب. وقد برز موضوع الصحة أيضا في قمة جوهانسبورغ من خلال التوصيات التي تمت، والداعية إلى بعث مبادرات دولية لتحديد العلاقة بين الصحة والبيئة، واستغلال المعارف المكتسبة لإيجاد الحلول الناجعة على المستوى الوطني والجهوي، لمواجهة الأخطار البيئية على الصحة. وقد ألح رؤساء الدول والحكومات على ضرورة احترام الالتزامات من طرف الدول المتطورة فيما يتعلق بالمساعدات المالية، وتجسيدها على أرض الواقع.

ومن خلال ما ذكر يمكن إبراز دور الجهود المبذولة لتخفيض مستويات الفقر، وتأثير ذلك على المستويات الصحية للأفراد، ودور الصحة في القضاء على الفقر. وكذا دور البيئة السليمة على المستوى المحلي والعالمي في تحسين المؤشرات الصحية. ومنه الدور الفعال للمصالح الصحية في تجسيد طموحات وأهداف التنمية المستدامة.

وتبرز أهداف الألفية الأولوية التي أعطاها المجتمع الدولي للبلدان الأقل نموا، فقد كانت أوضاع هذه الأخيرة حاضرة في خلفية التفكير عند وضع، وصياغة هذه الأهداف. لذلك فإن البلدان ذات مستوى التنمية المتوسط تشعر بأن هذه الأهداف لا تعنيها بشكل كامل على عكس الدول الأقل نموا، حيث نجد نسبة الفقر مرتفعة، مع تردي مستويات التعليم والصحة. بحيث يمكن أن تشكل هذه الأهداف الإطار العام الموجه لاستراتيجية التنمية.

الاستعراض الموجز لهذه المؤتمرات واللقاءات، على المستوى الدولي، يوحي بالأهمية المتنامية التي أصبحت تحتلها الصحة ضمن دائرة انشغالات الرأي العالمي، والدور الكبير الذي يلعبه تحسين الوضع الصحي في تجسيد طموحات المجتمع الدولي. غير أن الملاحظ هو تردي الوضع الصحي في العديد من مناطق العالم، وبروز تفاوت كبير في مجال التغطية تبرزه مختلف التقارير الدورية حول الوضع الصحي في العالم. ومن ثم التساؤل حول نجاعة المنظومات الصحية، من حيث الإمكانيات المسخرة، وأساليب التمويل المعتمدة.

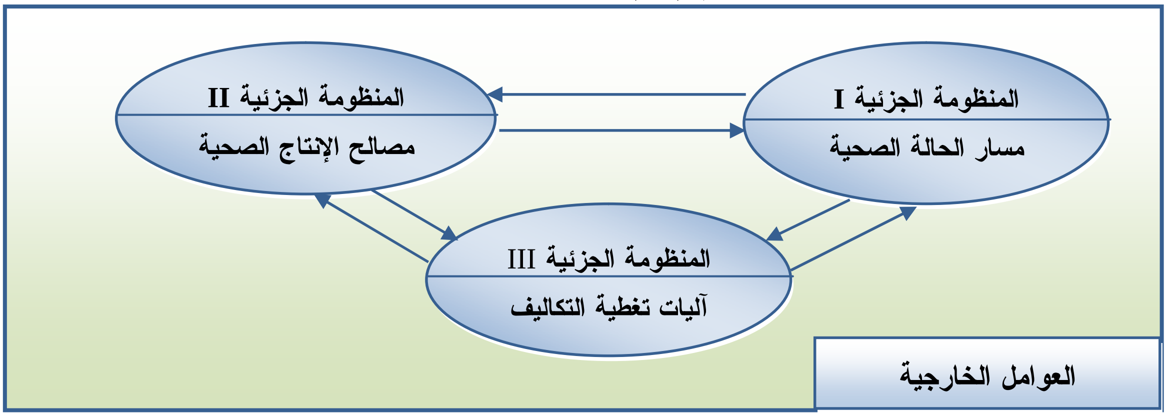
1-2 المنظومة الصحية ومكوناتها:

تعتبر المنظومة الصحية الإطار الذي يتم فيه تحديد الاحتياجات الصحية العامة للسكان والعمل على توفير مختلف الخدمات بصورة شاملة ومتكاملة، من خلال إيجاد موارد التمويل اللازمة، وبتكلفة مقبولة يمكن تحملها من قبل الأفراد والمجتمع. وتكون المحصلة النهائية هي تحسين المؤشرات الصحية للسكان وتعزيزها. غير أن تجسيد هذه الأهداف يستلزم ضرورة إشراك جميع القطاعات الفاعلة، والمؤثرة كالزراعة، التعليم، المياه وغيرها.

وتشكل الحالة الصحية للسكان جوهر المنظومة الصحية. وإذا أردنا تحديد مجمل العوامل المحددة، فإننا نواجه مجموعة كبيرة مثل مستوى المعيشة، المستوى التعليمي، ظروف العمل، مستويات الدخل، نوعية العلاج، وغيرها. وكل عنصر من هذه العناصر يرتبط هو الآخر بعدة عناصر مؤثرة. ويمكن تقسيم المنظومة الصحية إلى ثلاث منظومات جزئية:

- **المنظومة الجزئية الأولى:** والمتعلقة بالحالة الصحية للفرد التي ترتبط بعدة عوامل منها التأثر بالمنظومات الجزئية الأخرى.
- **المنظومة الجزئية الثانية:** وتتعلق بجهاز الخدمات الصحية المقدمة (التجهيزات الطبية عمال السلك الطبي وشبه الطبي...) والهادفة إلى تلبية احتياجات السكان (الطلب) في مجال تقديم العلاج.
- **المنظومة الجزئية الثالثة:** متمثلة في آليات تغطية، وتمويل هذه التكاليف الصحية والتي تختلف باختلاف السياسات المتبعة، ودور الدولة في التكفل بهذه الأعباء، أو مؤسسات التأمين الاجتماعية، المؤسسات الخاصة، وكذا دور الأفراد في تحمل جزء من هذه الأعباء، وبدرجات متفاوتة.

شكل رقم (01): مكونات المنظومة الصحيـــة



المصدر: *Emile Lévy et autres, Economie du système de santé: édition DUNOD, Paris, 1975, p 15.*

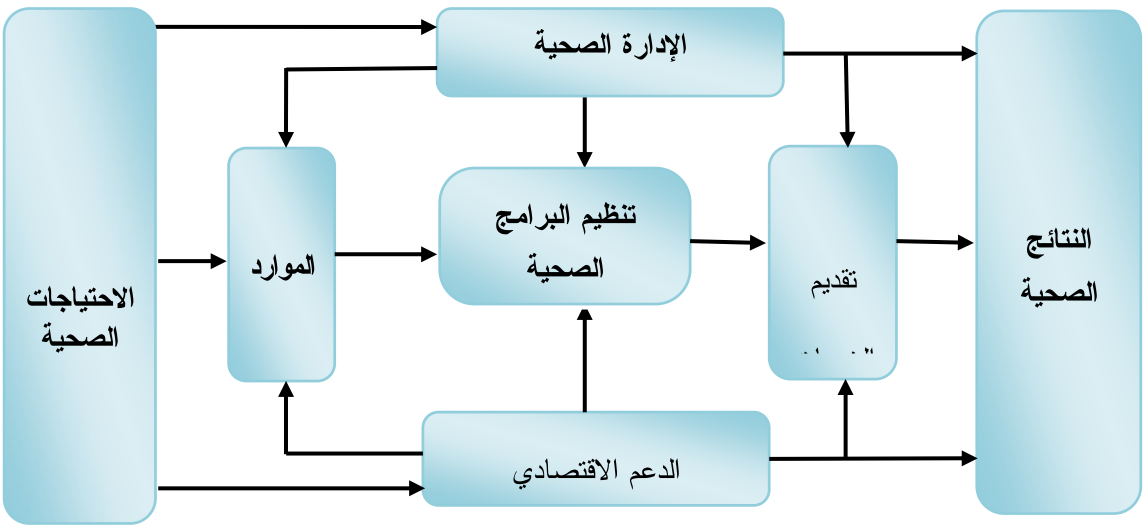
ويمكن تعريف المنظومات الصحية بصورة عامة، بمجموعة من العناصر المترابطة (الموارد البشرية، المادية، والمالية) والتي تتفاعل فيما بينها ضمن شبكة من الاتصالات لتحقيق هدف المنظومة، ألا وهو ضمان مستوى صحي للأفراد، وترقيته باستمرار. ويجري قياس مستوى التأثير على الصحة من خلال جملة من المؤشرات أهمها مؤشر أمل الحياة عند الولادة بالسنوات، معدل وفيات الأطفال والأمهات، وغيرها.

ويتمثل دور المنظومة الصحية في تنظيم العلاقة بين طلب وعرض العلاج. فمن جهة إعطاء الإمكانيات المالية كتعويض للأفراد في حالة الإصابة بالمرض، وتغطية تكاليفه. ومن جهة أخرى تنظيم تقديم العلاج من خلال تواجد المنشآت المادية (المستشفيات، مراكز العلاج..) والموارد البشرية التي تقدم مختلف الخدمات الطبية (عمال السلك الطبي، شبه الطبي..).

وقد بدأ الاهتمام بالمنظومات الصحية، وتحليلها، بعد الحرب العالمية الثانية[(1)]. وبالرغم من اختلاف أشكالها التنظيمية، والبيئة التي تتواجد فيها، يمكن التذكير بالمكونات الخمسة لأي منظومة صحية وهي:

- توفير الموارد البشرية، المالية، التكنولوجية، وغيرها.
- تنظيم البرامج الصحية.
- الدعم الاقتصادي.
- أساليب الإدارة والتسيير.
- تقديم مختلف الخدمات.

شكل رقم (02): عناصر المنظومة الصحية



المصدر:

OMS,COMITE REGIONAL DE LA MEDITERRANEE ORIENTALE, Discussions techniques, développement des systèmes de santé, Quarante-huitième session, Point 9 de l'ordre du jour, Juillet 2001, p6.

يمكن القول أنه لا توجد منظومة صحية مثالية، على اعتبار أنها انعكاس للرؤية السياسية السائدة في كل دولة حول الخدمات الصحية، والهدف منها. وتقويم الأداء يتم عادة من خلال

(1) *OMS, COMITE REGIONAL DE LA MEDITERRANEE ORIENTALE, Discussions techniques, Développement des systèmes de santé, op.cit, p 05.*

معيار النجاعة، الفاعلية الاقتصادية، والعدالة في توزيع الخدمات الصحية للمواطنين. ويمكن القول أن القواسم المشتركة لأفضل المنظومات، تكمن في مدى تحقيقها للأهداف التالية:

- تحقيق التوازن في عرض العلاج، بمختلف مستوياته، بين المناطق.
- ضمان التغطية الشاملة لحاجيات للسكان، وبخاصة الفئات الفقيرة.
- أن تكون هذه التغطية ذات تكلفة معقولة للفرد والمجتمع.

لقد بدأ الاهتمام بالمنظومات الصحية وتحليلها، كما ذكرنا، بعد الحرب العالمية الثانية بحيث ساهم النمو الاقتصادي السريع في التطور الاجتماعي، والذي ساهم بدوره في تسريع وتيرة النمو الاقتصادي. وقد عرف القرن العشرون تطورا كبيرا في الميدان الصحي، بفضل تحسن الظروف الاجتماعية ذات التأثير على الصحة (التعليم، ظروف السكن، المياه المأمونة...). ويمكن إرجاع تلك المكاسب أيضا إلى التطور السريع في المعارف المكتسبة والتطور التكنولوجي الذي عرفه الميدان الطبي، الذي تزايدت معه مجالات معرفة أسباب المرض، وإجراءات الوقاية والعلاج. وتضاف إلى ذلك التوجهات السياسية الهادفة أكثر إلى محاولة تمكين غالبية السكان من الحصول على مختلف الخدمات الصحية، وذلك بتخفيف عبء التكاليف المترتبة عند طلب العلاج. وعليه يمكن القول أن تاريخ المنظومات الصحية مر عبر السياسات الاجتماعية الساعية إلى تغطية خطر المرض، وكذا تنظيم مهنة الطب. فالتاريخ يبين أن هذا التطور قد مر بثلاث مراحل[1]:

- تنمية السياسات الصحية للأفراد الأكثر فقرا.
- وضع آليات لتأمين المرض لبعض الأجراء.
- تنمية المنظومة الصحية ذات نزعة شمولية (الصحة للجميع).

هذا التطور الحاصل في المنظومات الصحية كان له تأثير على أشكال تنظيم المهنة الطبية التي سعت إلى احتكار ممارسة العلاج، والحصول على الاستقلالية من خلال الدفاع عن مصالحها المادية مع ممولي العلاج.

ومهما يكن فإن المنظومات الصحية لا يمكن تصورها بشكل منعزل، فهي في تفاعل مع المجالات السياسية، الاجتماعية، الاقتصادية، والبيئية التي تنتمي إليها. والتي تحدد المعالم الكلية للمنظومة الصحية، وكذا السياسات والبرامج المعتمدة لتحقيق الأهداف المسطرة. ورغم

[1] *Bruno Palier, la réforme des systèmes de santé, presse universitaire de France, mars 2005, p 08.*

اختلاف المنظومات الصحية من مجتمع لآخر، فإنها تلتقي في أهداف مشتركة يبرزها السعي الدائم لتحسين المستوى الصحي للأفراد، وترقيته باستمرار، أخذا بعين الاعتبار لخصوصية كل دولة، وإمكانياتها المتاحة.

1-2-1 التطور التاريخي للمنظومات الصحية:

إن التطور الفعلي للمنظومات الصحية كما ذكرنا قد بدأ في القرن العشرين، تجلى ذلك من خلال وضع سياسات الرعاية، تحسين عمليات تمويل العلاج، وحماية الأفراد من التكاليف المترتبة. كما كان للتطور السريع الذي عرفه الميدان الطبي الدور الكبير، من خلال الاكتشافات التي ساعدت في تطوير المعارف المكتسبة، ومنح إمكانيات أكبر للفحص والتشخيص بوجود الأجهزة المساعدة. تلك المعطيات الجديدة سمحت للأطباء ببسط نفوذهم والسيطرة على هذا الميدان لمواجهة السياسات الجديدة في مجال الرعاية الصحية. هذه الأخيرة بدأت تأخذ أكثر فأكثر البعد الاجتماعي.

وتم تجسيد احتكار ممارسة الطب من خلال وضع قانون الأطباء، والذي تم تبينه في كل من بلجيكا في سنة 1849، بريطانيا (1958)، فرنسا (1892)، ألمانيا (1935)، النمسا (1949)[1]. وقد عارض الأطباء كل محاولة خارجية، تهدف إلى تنظيم النشاط الطبي. وقد سمحت هذه الامتيازات لممارسي الطب بالحصول على الاستقلالية، وذلك بوضع نظام للرقابة الذاتية تحت إشرافهم، ومن ثم تحديد المقاييس الواجب توفرها لدخول ميدان الطب.

ومع تطور الاتجاهات نحو إعطاء المسألة الصحية البعد الاجتماعي، من طرف غالبية الدول ظهرت مستويات للحوار بين تنظيمات الأطباء والحكومات، اختلفت باختلاف السياسات المطبقة، والمنظومات الصحية المتبناة.

أكبر الإنجازات المحققة في مجال تمويل الصحة، في القرن العشرين، هو الانتقال من نظام الدفع المباشر بين المريض والطبيب (بناء على اتفاق مبرم في إطار علاقة مباشرة) إلى نظام للتأمين على قاعدة موسعة[2] *et à base d'allocation*، تحت إشراف الدولة، مع اختلاف التوجيهات. فمن خلال التطور التاريخي للمنظومات الصحية فقد تبنت الدول المتطورة، وفي فترات مختلفة، أهدافا متشابهة فيما يتعلق بالمشكلة الصحية وإعطائها البعد

---

(1) *Bruno Palier, la réforme des systèmes de santé, op.cit, p 11.*
(2) *David M.Dror et Alexander S. Preker, Réassurance sociale ; stabiliser les micro-assurances santé dans les pays pauvres, Editions ESKA, 2003, p22.*

الاجتماعي، كمساعدة الأشخاص ضعيفي الدخل، تعويض الأجر في حالة الإصابة بالمرض وضمان الحصول على العلاج لجميع شرائح المجتمع. لكن محاولة تحقيق هذه الأهداف قد تم بتوجهات مختلفة بحسب دور المؤسسات في التكفل بمستويات الطلب على العلاج. بمعنى دور الدولة، مؤسسات الضمان الاجتماعي، ومؤسسات التأمين الخاصة. ومن جهة أخرى الاختلاف في أشكال تنظيم وعرض العلاج (دور المستشفى العمومي، دور الأطباء في القطاع الخاص، الطب الجاري[1]...).

يبرز التطور التاريخي للمنظومات الصحية، ثلاثة أشكال مختلفة في مجال تمويل النفقات، أي بالاعتماد على الضرائب، أو الاشتراكات الاجتماعية، أو من خلال التأمين الخاص. هذا الشكل الأخير تتميز به الولايات المتحدة الأمريكية، التي تعتبر المسألة الصحية مسألة فردية يتكفل بها قطاع التأمين الخاص، مع تدخل للدولة في بعض الجوانب. أما الدول الأوروبية إضافة إلى اليابان، كندا، والدول المطلة على المحيط الهادي (الباسيفيك) فقد تقاسمت نظرة فلسفية للصحة ارتكزت على المبادئ التالية[2]:

- كل مواطن يجب أن يستفيد من التأمين على المرض.
- كل فرد يمول هذه التأمينات حسب قدراته في المساهمة، ولكنه يحصل على العلاج حسب حاجته.
- الدولة مطالبة بضبط، ومراقبة التسيير، لضمان تحقيق العلاقة بين التكاليف والفعالية.

وقد تبنت الدول الأوروبية منظومات صحية شاملة (نسبة لبيفردج)، ومنظومات صحية مهنية نسبة لبيسمارك. ونحاول فيما يلي التطرق لبعض الأنماط والأساليب التنظيمية.

1-2-2 الأشكال الرئيسية للمنظومات الصحية:

بصفة عامة يمكن القول أن هناك ثلاثة أشكال نموذجية مختلفة تبنتها ثلاث مجموعات من الدول، وفي سياق تاريخي متباين. هذه المجموعات هي:

- **المجموعة الأولى** اعتمدت نظام بسمارك (منظومة صحية مهنية)، حيث أن التكفل بالعلاج يتم من خلال نظام الضمان الاجتماعي بالاقتطاعات من الأجور في عملية تضامنية، وتمكين باقي الأفراد من التغطية الصحية في إطار مبدأ الشمولية.

(1) *Médecine ambulatoire*

(2) *Béatrice Majnoni d'Intignano, santé et économie en Europe, 1er édition, presses universitaire de France, 2001, p 104*

- **المجموعة الثانية** اعتمدت المنظومة الصحية الشاملة (نظام بيفردج) وهو النموذج البريطاني المقترح في سنة 1942. حيث يضمن تقديم العلاج دون إقصاء، لجميع الأفراد المقيمين بصورة قانونية. مسؤولية الصحة تعود للدولة والجماعات المحلية ويتم التمويل بواسطة الضرائب.
- **المجموعة الثالثة:** تمثلها الولايات المتحدة الأمريكية. بحيث أن تقديم العلاج وتمويله خاضع لاقتصاد مختلط، فالتغطية تتم باللجوء إلى نظام التأمين الخاص، مع برامج حكومية موجهة لبعض فئات السكان المحددة قانونا.

وفي الحقيقة، هذا التقسيم لا يكفي لفهم تنوع الأساليب التنظيمية لمختلف المنظومات الصحية من حيث مستوى اللامركزية، أساليب تسديد أتعاب مقدمي العلاج، أشكال المساهمة المالية لطالبي العلاج، وغيرها. مع التذكير بوجود العديد من المنظومات الصحية المختلطة، التي تمزج بين عدة أساليب تنظيمية(1). ونتطرق فيما يلي لهذه الأنواع الثلاث بنوع من التفصيل.

منظومة التأمين على المرض (النظام المهني لبيسمارك)، هي نسبة إلى ألمانيا التي قامت بتصميم منظومة صحية اجتماعية، من خلال جملة القوانين التي وضعها بسمارك (*Le chancelier Bismarck*) منذ سنة 1871. فقد لجأ بسمارك إلى وضع سياسة اجتماعية من خلال إجراءات هادفة أساسا إلى توسيع دور الدولة، وخلق أسس ما يعرف بالدولة الكفيلة (*Etat providence*). وانطلاقا من بعض التجارب المحلية في مجال التأمين الاجتماعي حول حوادث العمل والمرض، فقد قام في سنة 1881 ببعث سياسة اجتماعية مع إعطاء دور رئيسي للدولة. هذه السياسة الاجتماعية ترجمت في ثلاثة قوانين موجهة بالأساس لحماية عمال الصناعة الذين يعانون من ضعف مستوى الأجور.

- التأمين على المرض في سنة 1883.
- التأمين الخاص بحوادث العمل في سنة 1884.
- التأمين الخاص بالعجز والشيخوخة في سنة 1889(2).

وترتكز المنظومة الجديدة بالأساس على قاعدة التضامن المهني. بحيث أن تغطية خطر وتكاليف المرض مرتبطة بمفهوم العمل، والتقاعد. صناديق التأمين التي تتولى عملية التسيير

(1) *Raymond Soubie, et autres, Livre blanc sur le système de santé et d'assurance maladie, Commissariat général du plan, rapport officiel, Paris 1994, p 94.*

(2) *Anne Laurence Le Faou, les systèmes de santé en questions : Allemagne, France, Royaume-Uni, Etats-Unis et Canada, Edition ELLIPES, Paris, 2003, p 10.*

غالبا ما تكون مقسمة بحسب المهن، ويتم إدارتها من قبل الشركاء الاجتماعيين (الأجراء وأرباب العمل)، الذين يمولون التأمين على المرض من خلال الاشتراكات.

وعلى عكس ما هو مسجل في المنظومة الوطنية للصحة (نموذج بيفردج)، فإن التأمين يتم تنظيمه بمعزل عن توزيع العلاج. بمعنى أن الممارسين، وكذا هياكل العلاج، هي مستقلة عن صناديق التأمين على المرض(1).

هذه المنظومة الصحية الجديدة في مجال التغطية الاجتماعية، اتبعتها لاحقا بالإضافة إلى ألمانيا بعض الدول الأوروبية (فرنسا، النمسا، بلجيكا، هولندا) إضافة إلى اليابان. وقامت هذه الدول بوضع منظوماتها الصحية (التأمين على المرض) وتغذيتها من خلال الاقتطاعات من الأجور: جزء يتحمله العمال، وجزء على عاتق أرباب العمل(2). ومعنى ذلك أن حالات العلاج يتم تمويلها من خلال الاشتراكات الاجتماعية المقتطعة من الأجور والمدفوعة من طرف المؤسسات. هذه الصناديق الاجتماعية مسيرة من طرف الشركاء الاجتماعيين (نقابة المهنيين وأرباب العمل) الذين يمثلون المشتركين في الضمان الاجتماعي.

إن ما يمكن استنتاجه داخل المنظومات الصحية التي تعتمد في تغطية التكاليف على اقتطاعات الضمان الاجتماعي، هو الاختلاف الملاحظ بين الدول في آليات التجسيد والتطبيق سواء تعلق الأمر بمركزية أو لا مركزية القرار، عمليات التمويل، طرق الحصول على العلاج، إنتاج وتقديم العلاج. وسنحاول فيما يلي إعطاء صورة عن هذه النقاط من خلال المنظومتين الصحيتين لكل من ألمانيا وفرنسا.

3-1 المنظومة الصحية الألمانية:

لقد عرفت المنظومة الصحية الألمانية إعادة تكييف بعد توحيد الألمانيتين (الشرقية والغربية)، بفعل الإجراءات المتخذة لجعل المنظومة الصحية لألمانيا الشرقية *(RDA)* في مستوى نظيرتها الغربية *(RFA)*. وهو ما خلق ضغوطات مالية معتبرة بحكم الفترة الانتقالية التي كانت مكلفة جدا من حيث حجم الاستثمارات ونفقات التشغيل(3).

---

(1) *Dominique polton, les systèmes de santé dans les pays occidentaux, Cahiers français No 324, la documentation française, janvier-février 2005, p55.*

(2) *Dominique Tonneau, disparité des systèmes en Europe, Revue santé valeur en hausse, revue trimestrielle, N° 230, été 1992, p82.*

(3) *Ariel Beresniak et Gérard Duru, Economie de la santé, 5è édition, MASSON, Paris 2001, p 06.*

وتتكون ألمانيا من 16 فدرالية مستقلة *(Lander)* لكل منها برلمان وحكومة، وتتمتع بصلاحيات واسعة في مجال التنظيم الصحي والاستشفائي لسكانها[(1)]. حيث يقتصر دور الدولة على تحديد الأهداف العريضة للمنظومة الصحية ككل، وبروز الدور الريادي للممارسين في تنظيم قطاع التأمين على المرض، وتسيير المنظومة الصحية من خلال المنظمات المهنية. وتشمل الصلاحيات الواسعة التي تتمتع بها الفدراليات المجالات التالية:

- تكوين عمال السلك شبه الطبي.
- الصناعة الصيدلانية.
- ممارسة الوصاية على الصناديق الجهوية للتأمين على المرض، وكذا المنظمات المهنية على المستوى الجهوي.
- الصحة العمومية والتخطيط الاستشفائي.

وتمتلك الفدراليات سلطة تشريعية في تلك المجالات، حيث يقوم برلمان كل فدرالية بالمصادقة على مختلف القوانين المتعلقة بالصحة العمومية، والاستشفائية. ويتم التنسيق بين مختلف السياسات الصحية للفدراليات من خلال ندوة الوزراء المكلفين بالصحة على مستوى الفدراليات الستة عشرة[(2)].

منظومة التأمين على المرض تمنح الفرد حرية أكبر في الاختيار، بالإضافة إلى نوعية أحسن في مجال الخدمات العلاجية المقدمة، مع اعتماد نظام الدفع من طرف الغير *(tiers payant)* في مجال العلاج الجاري *(Médecine ambulatoire)* في محاولة للتحكم في عدد الفحوصات لدى الأخصائيين، والمستشفى. ولكن بالمقابل فإن مشكلتها الأساسية تكمن في عدم قدرتها على التحكم في آليات نمو النفقات الصحية، والتي أصبحت تفوق معدلات النمو المسجلة على المستوى الاقتصادي. وأصبحت تعاني من اختلالات مالية هيكلية ذات صبغة اقتصادية. فعدد المشتركين لا يتزايد بنفس وتيرة عدد المستفيدين، إضافة إلى مشكلة البطالة. كما أن تعدد صناديق التأمين وانقسامها، من شأنه خلق نوع من اللامساواة بين مختلف فئات السكان. ففي ألمانيا، قبل إصلاحات 1990، كان هناك أكثر من ألف صندوق تأمين، تضم الأفراد بحسب وضعياتهم المهنية، وقطاع النشاط، ومعها اختلاف في معدلات الاشتراكات[(3)].

---

(1) *Patrick Mordelet, Gouvernance de l'hôpital et crise des systèmes de santé, édition ENSP, Rennes Cedex, 2006, p 143.*

(2) *IDEM, p 145.*

(3) *Dominique polton, les systèmes de santé dans les pays occidentaux, op.cit, p55.*

1-3-1 إصلاحات المنظومة الصحية الألمانية:

ترتكز المنظومة الصحية المستوحاة من نموذج بيسمارك، على مبدأ التأمين المهني ويتم توزيع الاشتراكات مناصفة بين المؤسسة المستخدمة والأجير (50/50). المنخرطون الذين يقل دخلهم عن سقف معين (46800 أورو سنويا في سنة 2005) ملزمون بالانخراط في أحد صناديق التأمين العمومية[1]، وهو ما يمثل نسبة 90% من إجمالي السكان. هذا السقف حدد في سنة 2007 بقيمة 47700 أورو كدخل سنوي (3975 أورو شهريا)[2]. في حين أن الأشخاص الذين يفوق دخلهم الحد المطلوب ليسوا ملزمين بالتأمين، وبإمكانهم الاختيار بين الانخراط في صناديق التأمين العمومية أو الانضمام إلى شركات التأمين الخاصة. هذه الفئة تمثل 10% من السكان وتتكون من الموظفين، المهن الحرة، والإطارات السامية خاصة، وهم مؤمنون كلية عن طريق التأمين الخاص. هذه الوضعية توضح عدم شمولية مبدأ التأمين على المرض في ألمانيا، وعدم استفادة بعض فئات السكان الفقيرة من مزاياه وخدماته (ويتراوح عددهم بين 80.000 و300.000 فرد)[3].

صناديق التأمين على المرض، التي بلغ عددها 290 صندوق في بداية 2005، تتمتع باستقلالية كبيرة في مجال التسيير، واختلاف في معدلات الاشتراك المطبقة. بمعنى أن كل صندوق تأمين يكون مسؤولا عن توازناته المالية، وتبعا لذلك يقوم بتحديد معدل الاشتراكات. ويعود لتلك الصناديق قرار تحديد عدد الأطباء والمتعاقدين حسب المناطق الجغرافية والتخصصات، مع امتلاك لقدرات تنظيمية في توطين هؤلاء الممارسين.

وتتم المشاورات على المستوى الجهوي بين مختلف الفاعلين: صناديق التأمين على المرض واتحاد الأطباء. مع الإشارة إلى إلزامية انخراط الأطباء في هذا الاتحاد الذي يخول له مناقشة الغلاف المالي مع اتحاد الصناديق. هذه الأغلفة المالية تختلف من فدرالية إلى أخرى[4] *(Lander)* وحسب أصناف الصناديق[5].

---

(1) هناك عدة أشكال لهذه الصناديق: الصناديق المحلية، صناديق الشركات، المستقلين، الصناديق الفلاحية وغيرها.

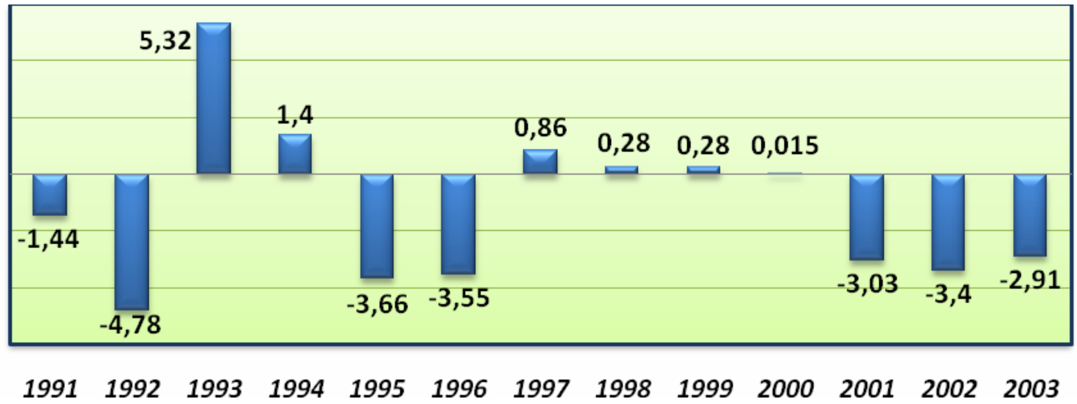
(2) *MISSOC, système d'information mutuelle sur la protection sociale dans les états membres de l'UE et de l'EEE. Financement de l'assurance sociale en Allemagne :* *http://ec.europa.eu/employment_social/social_protection/missoc_info_de.htm. consulter le 9/04/2009.*

(3) *Haute Autorité de santé (HAS), La participation des patients aux dépenses de santé dans cinq pays européens, annexe, Monographies, Mission Etudes et Recherche, septembre 2007, p 22.*

(4) *تم توحيد ألمانيا في 3أكتوبر 1990. وتتكون ألمانيا حاليا من 16 فدرالية : (Lande : Lander au pluriel).*

(5) *Sylvie Cohu et autres, réformes des systèmes de santé allemand, néerlandais et suisse et introduction de la concurrence, revue DREES, Etudes et Résultats, No 445, novembre 2005, p 2.*

شكل رقم (03): تطور الوضعية المالية للتأمين على المرض في ألمانيا (مليار أورو)



المصدر:

Patrick Hassenteufel, Allemagne, Les réorientations de la politique d'assurance maladie, Chronique Internationale de l'IRES, n° 91, Novembre 2004, p 55.

كما سبقت الإشارة، فإن منظومات التأمين على المرض تعاني من مشكلة جوهرية تتمثل في الارتفاع الكبير للنفقات الصحية. وتعاني المنظومة الألمانية (كنظيرتها الفرنسية) من الفرق الكبير بين نمو الإيرادات والتكاليف، والذي يترجم في عجز هيكلي متنامي ومستمر منذ 2001. ففي سنة 2003 بلغ هذا العجز 2,9 مليار أورو في ألمانيا، مقابل 11,0 مليار أورو بفرنسا في نفس السنة.

هذا العجز المسجل يجد تفسيره في النمو الكبير للنفقات بسبب تزايد فئة المسنين، التطور الطبي والصيدلي، غياب آليات التحكم في طلب العلاج، وأساليب الدفع لدى الأطباء. ومن الجانب الآخر تناقص الموارد، خصوصا في فترات ضعف النمو الاقتصادي، كما هو الحال في السنوات الأخيرة(1). إن معدل البطالة المرتفع باستمرار يعطي تفسيرا أن الموارد المالية للتأمين على المرض لم تعد كافية لتغطية النفقات الصحية. كما أن التطور الديموغرافي الذي تعيشه ألمانيا له تأثير كبير في تغيير الهرم السكاني بسبب تراجع مؤشر الخصوبة إلى حدود 1,4 طفل لكل امرأة. في حين تشير التقديرات إلى أنه للمحافظة على عدد السكان النشطين في المستوى الحالي، لابد أن يكون هذا المؤشر في حدود 2,1 طفل لكل امرأة(2).

واللافت للانتباه هو تراجع السياسة الألمانية في مجال التقاعد. فبعد أن كانت هناك إجراءات ونصوص مرنة في مجال التقاعد المسبق، فإن الإستراتيجية الحالية تقوم، ولأول مرة، على تأخير سن التقاعد إلى سن 67 سنة، عوض 65 سنة الذي كان معمولا به. فالقرار الذي اتخذ

(1) *Patrick Hassenteufel, Les réorientations de la politique d'assurance maladie, op.cit, p55.*

(2) *Bernd-Peter Lange, La réforme du système de santé en Allemagne, Comité d'études des Relations franco-allemandes (CERFA), Avril 2006.p 4.*

في 09 مارس 2007[1] ، ينص على أن سن التقاعد القانوني سيتم تسديده في ألمانيا بداية من سنة 2029. وخلال هذه الفترة الانتقالية يتم التأخير التدريجي لسن الإحالة على التقاعد.

هذا الإجراء الأخير يمكن اعتباره استجابة لاتجاهات الهرم السكاني في ألمانيا. فالوضعية الحالية تشير إلى تنامي فئة السكان المسنين مع ارتفاع مؤشر أمل الحياة عند الولادة، وما يصاحب ذلك من ارتفاع في تكلفة علاج هذه الفئة. وكما هو سائد في البلدان المتطورة، فإن تأثير الشيخوخة على النفقات الصحية هي ذات صبغة ثقافية أكثر منها صحية، على اعتبار أن الجيل الذي يصل إلى سن متقدمة يزداد طلبه على الخدمات الصحية. هذه الظاهرة تضاف إلى التطور التكنولوجي في ميدان الطب، الذي يسمح بالتكفل الجيد بالمشاكل الصحية المزمنة، وهو ما نتج عنه تطورا مستمرًا لمكانة الأمراض المزمنة في حزمة الخدمات العلاجية المقدمة. وبعبارة أخرى فإن تقديم العلاج حاليا، لم يعد يعني أساسًا حل مشكلة صحية آنية، بقدر ما يعني التكفل الطويل الأجل بتلك الأمراض، من أجل تخفيف آثارها على نوعية الحياة[2].

جدول رقم(01): بعض المؤشرات الديموغرافية لكل من فرنسا وألمانيا لسنة 2007.

	أمل الحياة عند الولادة بالسنوات	المعدل الإجمالي للخصوبة	المعدل السنوي لنمو السكان %	العدد السنوي للولادات بالألف	عدد السكان بالألف	فئة السكان 65 سنة فما فوق %	
						2005	2015
ألمانيا	**79**	**1,4**	**0,2**	**678**	**82.599**	**18,8**	**20,9**
فرنسا	**81**	**1,9**	**0,5**	**758**	**61.647**	**16,3**	**18,5**

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على الجداول الإحصائية الواردة في المراجع التالية:

- *UNICEF, La situation des enfants dans le monde 2009 ; La santé maternelle et néonatale*
- *PNUD, Rapport mondial sur le développement humain 2007- 2008, La lutte contre le changement climatique, un impératif de solidarité humaine dans un monde divisé.*

إن الاختلالات المسجلة على مستوى منظومة التأمين على المرض في ألمانيا، كانت محل مناقشات، ودراسات منذ نهاية الثمانينيات، كمحاولة للتحكم في ارتفاع النفقات الصحية وتخفيف الضغط على التكاليف الإنتاجية، بحيث أن الاشتراكات على المرض أصبحت تمثل 14.3% من التكلفة الأجرية، وانعكاساتها السلبية على القدرة التنافسية للمؤسسات الاقتصادية.

(1) لمعلومات أكثر، أنظر:
Mechthild Veil,La retraite à 67 an: âge légal, âge effectif, sortie de la vie active-quelles orrespondances ; Chronique internationale de l'IRES, n°109, Novembre 2007.

(2) *Pierre Volovitch, Les syndicats face aux réformes de l'assurance maladie, Chronique internationale de l'IRES, n°91, Novembre 2004, p 6.*

جدول رقم (02): أهم إصلاحات المنظومة الصحية الألمانية

السنوات	مضمون الإصلاحات
1988 قانون إصلاح المنظومة الصحية	– إدخال التذكرة المعدلة على الأدوية ***Ticket modérateur*** . – تعويض الأدوية على قاعدة جزافية (تبعا للدواء الأقل سعرا من المجموعة ذات نفس القيمة العلاجية).
1992 قانون الاستقرار والتحسين الهيكلي للتأمين على المرض	– تأطير صارم للموازنة، لمجمل نفقات التأمين على المرض. – خلق المنافسة بين مختلف صناديق التأمين.
1997 قانون تجديد التأمين على المرض	– رفع قيمة التذكرة المعدلة، وإدخال التسعيرة الاستشفائية ***Forfait hospitalier*** – إلغاء عدم تعويض بعض الخدمات المقدمة.
1999 قانون إصلاح الصحة 2000	– تعديل طريقة تمويل المستشفيات. – وضع واعتماد هياكل العلاج المتكامل ***Structures de soins intégrées*** – إدراج البرامج الوقائية في عمل صناديق التأمين.
2001 قانون تحديد نفقات الأدوية	– السماح للصيادلة باستبدال الأدوية من نفس الفصيلة العلاجية، والأقل سعرًا مع احتفاظ الطبيب بحق الامتناع عن كتابته في الوصفات الطبية. – تخفيض بنسبة 5% من أسعار الأدوية التي لا يمكن تعويضها على قاعدة جزافية.
2002 قانون استقرار معدلات الاشتراك	– تجميد أتعاب الأطباء، أطباء الأسنان، وكذا ميزانيات المستشفيات. – تخفيضات في أسعار الأدوية التي تخضع لقاعدة جزافية، وتخفيض هامش الربح بالنسبة لبائعي الجملة والصيادلة.
2003 قانون عصرنة التأمين على المرض	– إدخال التذكرة المعدلة على الفحوصات الطبية (10أورو). – إلغاء التكفل ببعض الخدمات العلاجية. – إدخال جزئي للجباية في مجال التمويل (ضريبة). – إنشاء مركز ألماني من أجل نوعية الطب. – إنشاء بطاقة صحية إلكترونية شخصية. – تنسيق أحسن لمستويات العلاج.

المصدر:

Patrick Hassenteufel, Allemagne, Les réorientations de la politique d'assurance maladie, op.cit, p 55.

مضمون الإصلاحات انطلق من فكرة بعث نوع من المنافسة بين مختلف الصناديق، وجعلها مسئولة عن توازنها المالي، من خلال البحث عن تخفيض التكاليف بترشيد مصاريف التسيير، والضغط على عرض مستويات العلاج[1]. وإصلاحات ألمانيا في سنة 1992 تصب في هذا الاتجاه، بتنظيم المنافسة بين مختلف الصناديق فيما يتعلق بمعدلات الاشتراك.

معطيات الجدول السابق توضح أن إصلاحات منظومة التأمين على المرض في ألمانيا انطلقت منذ 1988 بإدخال التذكرة المعدلة على الأدوية، في حين أن إصلاحات 1997 نصت على إدخال التسعيرة الاستشفائية ورفع قيمة التذكرة المعدلة على الأدوية، وتخفيض قيمة بعض التعويضات.

وقد تم إلغاء جزء من هذه الإجراءات مع نهاية 1998 بوصول حكومة جرهارد شرودر Gerhard *Schröder* للسلطة. وهو نفسه الذي أثار في مارس 2003، ضمن الخطاب الذي قدم فيه مفكرة 2010، التخلي عن فكرة التحكم في ميزانية النفقات الصحية، والتوجه أكثر نحو تحميل المريض لجزء من نفقاته العلاجية.

فالعجز المستمر لصناديق التأمين، والتحولات الديموغرافية التي أفرزت ضغوطا إضافية جعلت من الضروري تبني إصلاحات جديدة، تمت مناقشتها في سنة 2003 بين السلطة والمعارضة، والتي تبرز بوضوح تنامي مساهمات المرضى في نفقات الصحة.

رفع المساهمة عن طريق الدفع المباشر يبرزها قانون 2003 في ثلاثة أشكال:[2]

- رفع التذكرة المعدلة خصوصا على الأدوية (نسبة المساهمة محددة بـــ10% من السعر)
- بالنسبة للعلاج الاستشفائي فإن المبلغ الجزافي الذي يقع على عاتق المريض ينتقل من 9 إلى 10 أورو يوميا، خلال مدة لا تتجاوز 28 يوما من فترة الإقامة.
- فرض تذكرة معدلة جديدة، متعلقة بالفحوصات الطبية، بحيث يقوم المريض بتسديد ضريبة تسمى "ضريبة العيادة الطبية" (*Taxe de cabinet médical*) تقدر بعشر (10) أورو، ويتم تسديدها مرة واحدة كل ثلاثة أشهر عند أول فحص طبي.

كما تجدر الإشارة أن هذه النفقات المباشرة التي يسددها المريض لا يجب أن تتعدى 2% من دخله السنوي الخام، و1% بالنسبة للأشخاص الذين يعانون من الأمراض المزمنة. والغرض

(1) *Dominique Polton, Les systèmes de santé dans les pays occidentaux, op.cit, p 57.*
(2) *Patrick Hassenteufel, Allemagne, Les réorientations de la politique d'assurance maladie, op.cit, p 58.*

من إدراج هذا الدفع الجزئي من قيمة الفحص، هو السعي لتحميل المريض جزء من المسؤولية، ومحاولة ترشيد الاستهلاك المفرط للخدمات العلاجية، وتقليل عمليات التنقل داخل منظومة العلاج.

النقطة الثانية هي استبعاد التكفل ببعض الخدمات الصحية: الأدوية التي لا تستلزم وجود وصفة طبية، عدا تلك الأدوية الموصوفة للأطفال أقل من 12 سنة. النظارات الطبية باستثناء الأطفال أقل من 18 سنة. مصاريف النقل باستثناء سيارات الإسعاف.

النقطة الثالثة التي يبرزها قانون 2003 تتعلق بمسألة تمويل منظومة التأمين، حيث تقرر عدم تمويل بعض الخدمات الصحية عن طريق التأمين على المرض، وإنما عن طريق الضرائب. هذا الإجراء يخص التعويضات والعلاج المتعلق بالحمل، التعويضات الخاصة بالطفل المريض، والتعويضات الخاصة بحالات الوفاة. ومن أجل ذلك فقد تم فرض ضريبة مرتفعة على التبغ، هذا الإجراء الأخير يشير إلى تنامي حصة النفقات الصحية الممولة عن طريق الضرائب، وليس من خلال الاشتراكات المقتطعة.

نتائج هذه الإصلاحات الأخيرة برزت بسرعة في الحسابات المالية لمنظومة التأمين على المرض، بحيث شهد السداسي الأول من سنة 2004 فائضا بلغ 2,42 مليار أورو. غير أن هذه العودة إلى وضع التوازن لا يفسر فقط بارتفاع الإيرادات الناجمة أساسا عن الضريبة التي أصبح يسددها المريض "ضريبة العيادة الطبية"، وإنما أيضا بفعل انخفاض النفقات بنسبة 3,5% لنفس السداسي.

وتجدر الإشارة إلى الانخفاض المحسوس الذي تم تسجيله على مستوى الفحوصات الطبية التي قدرت بنسبة 10% في السداسي الأول، و7% في السداسي الثاني من سنة 2004. ونفس الشيء سجل بالنسبة للأدوية الموصوفة، حيث عرفت نفقات التعويض انخفاضا بمقدار 13% في السداسي الأول من سنة 2004 مقارنة بسنة 2003. وهو ما يعني توفير واقتصاد ما قيمته 1,7 مليار أورو. هذه الوضعية الإيجابية للمنظومة الألمانية سمحت بتخفيض متوسط معدل الاشتراك من 14,33% من الأجر في الفاتح جانفي 2004 إلى 14,22% في نهاية السداسي الأول من نفس السنة(1).

(1) *Patrick Hassenteufel, Allemagne, Les réorientations de la politique d'assurance maladie, op.cit, p 59.*

1-3-2 الإطار التنافسي لصناديق التأمين على المرض:

توجد سبعة أشكال مختلفة لصناديق التأمين في ألمانيا، ولها حرية كبيرة في تحديد معدل الاشتراكات التي تختلف من صندوق إلى آخر. وقد منحت للأفراد حرية اختيار صندوق التأمين الذي يفضلونه، أما سابقا فإن الانخراط في نوع معين من الصناديق يتوقف على الاعتبارات المهنية، الاجتماعية، ومكان الإقامة. هذا الإطار التنافسي أجبر صناديق التأمين على ضرورة الاهتمام بنفقاتها بالشكل الذي يجنبها اللجوء إلى رفع قيمة الاشتراك إضافة إلى أهمية تنويع سلة الخدمات العلاجية المقترحة في ظل حرية تنقل الأفراد. بمعنى أن قانون 2003 يتضمن الانتقال من المنافسة بين الصناديق حول معدل الاشتراك الذي يميزها إلى إطار المنافسة على عرض العلاج.

هذا الإطار التنافسي، خلق توجها جديدًا نحو تركز الصناديق واندماجها، بحيث شمل هذا التركز مجمل الصناديق العمومية التي انتقل عددها بين سنتي 1994-2004 من 1150 إلى 290 صندوقا للتأمين على المرض. ويهدف قانون الإصلاحات لسنة 2003 دائما إلى ضمان استمرارية هذه المنافسة بين الصناديق، والعمل على إمكانية الاندماج بين أشكالها المختلفة(1).

إن منظومة التأمين على المرض بنيت على مبدأ حرية اختيار المريض المؤمن للطبيب المعالج. والتوجه الذي تم اعتماده لتخفيض التكاليف هو تحفيز المريض على أهمية التدرج في منظومة العلاج، من خلال إجراء الفحوصات الطبية لدى الطبيب العام الذي يكون مسؤولا عن عمليات التوجيه نحو الأخصائي أو الطب الاستشفائي. غير أن هذا الإجراء لا يأخذ الطابع الإلزامي كما هو ملاحظ في المنظومة الوطنية للصحة (منظومة بيفردج).

منذ 1996، كان للمريض حرية اختيار صندوق التأمين، ومن المفروض أن يختار المؤمن طبيبا عاما لمدة ثلاثة أشهر، واستشارته قبل زيارة الأخصائي. غير أن هذا المبدأ لم يتم الالتزام به، وبقي المريض يتمتع بحرية التنقل داخل منظومة العلاج الألمانية(2).

وفي إطار السعي لترشيد النفقات الصحية، وتوجيه منظومة العلاج، فإن إصلاحات سنة 2003 سعت أيضا إلى تنظيم منظومة التأمين على المرض من خلال إستراتيجية الطبيب

---

(1) *Patrick Hassenteufel, Allemagne, Les réorientations de la politique d'assurance maladie, op.cit, p 59.*

(2) *Sylvie Cohu et autres, réformes des systèmes de santé allemand, néerlandais et suisse et introduction de la concurrence, op.cit, p 2.*

العام، والذي اعتبر محور منظومة العلاج. بحيث أن المريض سيعفى من دفع قيمة التذكرة المعدلة الجديدة (10 أورو) التي اصطلح على تسميتها "ضريبة العيادة الطبية" في حالة ما إذا تم توجيهه إلى الأخصائي من قبل الطبيب العام[1]. وقد تم تسجيل انخفاض بنسبة 8,7% لعدد الحالات المعالجة خلال سنة 2004. وهو ما يوضح الدور الذي يمكن أن تلعبه مثل هذه الإجراءات في تغيير هيكل الاستهلاك للخدمات الصحية.

إن كل صناديق التأمين مطالبة باقتراح هذا النظام "طبيب العائلة" والذي يرتكز على عقد فردي يبرم بين الصندوق والطبيب. هذا الأخير يصبح الموجه الأساسي باعتباره نقطة الدخول إلى منظومة العلاج قبل استشارة الأخصائي، أو الخضوع للتحاليل الطبية، والمرور إلى الصيدلي، غير أن توسيع إجراءات التعاقد بين الصناديق والأطباء شكل فردي أدى إلى احتجاجات كبيرة من قبل اتحاد الأطباء، الذي يرى بأن مثل هذا الإجراء من شأنه أن يضعف قدراته التفاوضية[2].

وكما هو موضح في الجدول السابق، فإن قانون 2003 ينص على إنشاء المركز الألماني من أجل نوعية الطب *Centre Allemand pour la qualité de la médecine*[3] بهدف تحسين نوعية الخدمات المقدمة. هذا المركز مستقل عن الدولة، ويتشكل من ممثلي الصناديق، المستشفيات، الأطباء والمرضى. ومن بين مهامه وضع المعايير العلاجية ووسائل تقييم فعالية العلاج، والأدوية (من حيث الكلفة والمنفعة *Coût/avantages*). ويقوم هذا المركز بتقسيم الأدوية إلى 3 أصناف:

- أدوية ذات فعالية علاجية جديدة من مادة فعالة جديدة.
- أدوية ذات فعالية علاجية محسنة لا تعتمد على مادة فعالة جديدة.
- أدوية بدون فعالية علاجية.

وبعبارة أخرى فإن المركز الجديد سيساهم في شفافية منظومة التأمين على المرض، من خلال إصدار الأعمال والتقارير (تكون واضحة للمنخرطين)، وتوضيح الأسباب والتبريرات التي تجعل صناديق التأمين على المرض لا تعوض بعض الخدمات، أو الأدوية. قانون

[1] *Haute Autorité de santé(HAS), La participation des patients aux dépenses de santé dans cinq pays Européens, document de travail, Mission Etudes et Recherche, septembre 2007, p 07.*

[2] *Réforme de l'assurance maladie: le cas de l'Allemagne, la documentation française : www.ladocumentationfrançaise.fr. consulter le 12/05/2009.*

[3] *Patrick Hassenteufel, Allemagne, Les réorientations de la politique d'assurance maladie, op.cit, p 62.*

2003 ينص أيضا على أن التكوين المتواصل للأطباء يصبح إجباريا وهو شرط أساسي للاستمرار في ممارسة النشاط في إطار منظومة التأمين على المرض. ورغم الدور الذي لعبه قانون 2003 في محاولة ترشيد النفقات الصحية، وإشراك المريض أكثر في تكاليف العلاج، تحسين النوعية، فإنه لم يحل نهائيا مشكلة تمويل المنظومة الصحية الألمانية.

3-3-1 إصلاحات 2006 في ألمانيا:(1)

الخطوط العريضة لهذه الإصلاحات المتعلقة بمنظومة التأمين على المرض تم عرضها من قبل المستشارة " أنجيلا ميركال *Angela Merkel* " في الفاتح جويلية من سنة 2006 هذا المشروع لقي رفضا كبيرا من قبل الفاعلين في ميدان التأمين على المرض، وبالتحديد صناديق التأمين والأطباء، هذا المشروع المقترح تم اعتماده في ظل عودة العجز المالي لمنظومة التأمين الذي تم تقديره بقيمة 450 مليون أورو بالنسبة للسداسي الأول من سنة 2006. وبعد مشاورات عديدة بين السلطة والمعارضة تم التوصل إلى اتفاق حول الأسلوب الجديد لتمويل منظومة التأمين، والذي يعتبر جوهر عملية الإصلاح المقررة.
ويكمن جوهر هذه الإصلاحات بالأساس في إنشاء صندوق للصحة *Caisse pour la santé* ومن مهامه مستقبلا هو تركيز مصادر تمويل الموارد الضريبية التي يتم توجيهها للتكفل بالأطفال خاصة.

وبموجب ذلك فإن صناديق التأمين لا يمكنها التسيير المباشر لاشتراكات منخرطيها بالإضافة إلى تحديد معدل وحيد للاشتراكات بالنسبة لجميع الصناديق، بعد أن كان كل صندوق يحدد بكل حرية معدل الاشتراك المفروض على منخرطيه (هذا المعدل كان يتراوح بين 12-14% بحسب صنف الصندوق). هذا الصندوق الذي سيتم إنشاؤه، سيكون مسئولا عن توزيع هذه الموارد المالية المجمعة بين مختلف الصناديق، في إطار نظام جديد يعتمد على مستوى دخول المنخرطين، وكذا حجم المخاطر الصحية التي يتكفل بها كل صنـــدوق (معايير السن، الجنس، والأمراض)، إضافة إلى فعالية صناديق التأمين.

وفي حالة عدم كفاية الأموال الموجهة للصناديق، بإمكان هذه الأخيرة أن تطلب من مشتركيها مبالغ تكميلية، وفي الحالة العكسية (فائض في الأموال) بالإمكان إعادة تلك المبالغ للمنخرطين، وهذا الوضع بإمكانه خلق وتكريس المنافسة بين الصناديق. هذه الأخيرة ملزمة

(1) *Patrick Hassenteufel, Allemagne consensus introuvable sur la réforme de l'assurance maladie, chronique internationale de l'IRES, n° 102, Septembre 2006, p14.*

بتقوية دورها في البرامج الوقائية وهي ملزمة باقتراح مسار التسلسل في طلب العلاج انطلاقا من اختيار الطبيب العام الذي يصبح إجباريا بالنسبة لكل صندوق حتى وإن كان المؤمن غير مجبر على اختياره.

مشروع الإصلاحات أفقد صناديق التأمين الحق في تحديد معدلات اشتراك مختلفة، وكذا تسيير اشتراكات المنخرطين. وتتوقع الحكومة من خلال هذا المشروع أن تتم عملية اندماج بين الأشكال المختلفة للصناديق، بحيث تشير وزارة الصحة إلى أن وجود 50 صندوقا عوضا عن 250 الحالية، كاف لتأدية مهام التأمين على أكمل وجه.

وكحوصلة لما ذكر، يمكن القول أن خصوصيات المنظومة الصحية الألمانية تكمن في:

- تعدد صناديق التأمين على المرض، تنوعها، مع استقلالية كبيرة. حيث يقوم كل صندوق بتحديد معدل الاشتراك بكل حرية، مما يجعلها مختلفة بين مجمل الصناديق.
- تعميم نظام الطرف الثالث في الدفع (*Tiers- payant*).
- الدور الكبير للمفاوضات الجماعية بين الصناديق، ممثلو الأطباء، والمستشفيات.
- النظام الفدرالي يمنح دورا كبيرا للمقاطعات *Lander*، وخاصة في المجال الاستشفائي.

1-4 المنظومة الصحية الفرنسية:

إن الإجراءات المتعلقة بأساليب تمويل الضمان الاجتماعي، وآليات التحكم في تكاليف القطاع الاجتماعي عامة، تعود بالدرجة الأولى للحكومة. في حين أن تسيير صناديق الضمان الاجتماعي يقوم به الشركاء الاجتماعيون (النقابات، أرباب العمل)، مع ظهور طرف جديد هو البرلمان منذ سنة 1996[1]. حيث تقوم الحكومة بتحضير القوانين المتعلقة بتمويل الضمان الاجتماعي، مع الأخذ بعين الاعتبار توصيات اللجنة العليا للصحة العمومية *(HCSP)* ونتائج اللجنة الوطنية للصحة. والحصول على مختلف الآراء التقنية المقدمة من طرف كل الفاعلين في المنظومة الصحية.

1-4-1 دور الدولة في مجالات التنظيم:

الدور القيادي للدولة في مجال السياسة الصحية، وضبط منظومتها العلاجية، يبرز من الناحية التنظيمية كما يلي[2]:

---

(1) *Anne Laurence Le Faou, op. cit, p 57.*

(2) *Emilie Sauvignet, Le financement du système de santé en France : rôle et organisation de l'assurance maladie obligatoire, OMS, 2004, p 26.*

- على المستوى الوطني: من خلال البرلمان، الحكومة (وزارتي الصحة والشؤون الاجتماعية)، وكذا الهيئات والمنظمات الموجودة تحت وصاية الدولة.
- على المستوى الجهوي: من خلال الجماعات الإقليمية والمحلية.

1-1-4-1 المستوى الوطني:

البرلمان:

منذ 1996 أصبح للبرلمان دور فعال في المنظومة الصحية الفرنسية، حيث يقوم كل سنة بالمصادقة على قانون تمويل الضمان الاجتماعي. هذا القانون يهدف إلى تحديد هدف توقعي لنفقات التأمين على المرض للسنة الموالية، توجهات السياسة الصحية والضمان الاجتماعي إضافة إلى الإجراءات المتعلقة بضبط المنظومة الصحية.

الحكومة:

انطلاقا من الإطار الذي يحدده البرلمان، تقوم الحكومة بضبط منظومة العلاج من خلال الوزارتين المعنيتين: وزارة الصحة العائلة والأشخاص المعوقين، وزارة الشؤون الاجتماعية العمل والتضامن.

أما المديريات التابعة للوزارتين، والمعنية بالمجال الصحي فهي:

- المديرية العامة للصحة *(DGS):* مكلفة بإعداد السياسة الصحية (الأهداف والأولويات) والمساهمة في تنفيذها.
- مديرية الاستشفاء وتنظيم العلاج *(DHOS):* وهي مكلفة بإعداد سياسة عرض العلاج انطلاقا من أهداف وأولويات السياسة الصحية. وكلا المديريتين هما تحت وصاية وزارة الصحة.
- المديرية العامة للعمل الاجتماعي *(DGAS):* وهي تحت سلطة الوزارتين، وتتكفل بإعداد وتنفيذ السياسات الاجتماعية (مساعدة العائلات والأطفال، محاربة الإقصاء ..)
- مديرية الضمان الاجتماعي *(DSS):* وهي الوسيط بين وزارة الشؤون الاجتماعية والصناديق الوطنية للضمان الاجتماعي. وتكمن وظيفتها في إعداد وتنفيذ السياسة المتعلقة بالضمان الاجتماعي.
- تحضير القوانين الخاصة بتمويل الضمان الاجتماعي *(LFSS)*.

وبالإضافة إلى ذلك تقوم الحكومة بتحديد عدد الطلبة المسموح لهم بالتسجيل في فرع الطب معدلات التجهيز في المنشآت الصحية، إضافة إلى تحديد أسعار الأعمال الطبية، والأدوية.

- **اللجنة العليا للصحة العمومية: *Le Haut Comité de Santé Public (HCSP)***

تم إنشاؤها في سنة 1991، من مهامه تقديم الاقتراحات المساعدة على اتخاذ القرارات المتعلقة بمشاكل الصحة العمومية، وتنظيم العلاج مع تقديمه لتقارير دورية والتحاليل المستقبلية للحالة الصحية للسكان، مع المساهمة في تحديد الأهداف الصحية العمومية، وتقديم الاقتراحات الكفيلة بتدعيم السياسات والبرامج الوقائية.

كما يمكن استشارة هذه اللجنة العليا حول بعض النقاط المتعلقة بتنظيم مستويات العلاج، وفي هذا الإطار يتم تشكيل فرق عمل لدراسة تلك النقاط وتقديم الاقتراحات اللازمة، ومنذ 1996 تقوم هذه اللجنة بإعداد تقرير سنوي يوجه إلى المؤتمر الوطني للصحة والبرلمان.

- **الهيئات والوكالات الصحية:** *Les Organismes et agences de santé*

حيث تم إنشاء العديد من الهيئات ذات كفاءة في تخصصات محددة، هذه الهيئات هي تحت وصاية الدولة، وتقوم بها وزارة الصحة من خلال المديرية العامة للصحة. ومن بين هذه الهيئات العديدة يمكن ذكر:

- اللجنة الفرنسية للتربية الصحية *CFES* (1972).
- المجلس الأعلى للنظافة العمومية *CSHPF* (1902).
- المعهد الوطني للصحة والأبحاث الطبية *INSERM*.
- المدرسة الوطنية للصحة العمومية *ENSP*.
- الوكالة الوطنية لأبحاث السيدا *ANRS* فيسنة 1988.
- الوكالة الفرنسية للأمن الصحي للغذاء *AFSSA* .

- **اللجنة الوطنية للصحة:** *La Conférence Nationale de Santé*

تتشكل من ممثلي عمال السلك الطبي، ممثلي المنشآت الصحية، إضافة إلى مستعملي المنظومة الصحية. هذه اللجنة التي تجتمع سنويا، مكلفة باقتراح الأولويات، والتوجهات في مجال السياسة الصحية، ومنذ سنة 2002 تقوم بإعداد تقرير سنوي بالاعتماد على الأعمال المنجزة من قبل اللجنة الجهوية للصحة.

1-4-1-2 المستوى الجهوي:

لقد أصبح هذا المستوى الجهوي يلعب دورا متناميا في تنظيم وتسيير منظومة العلاج، من خلال الهيئات التابعة له.

- **المديريات الجهوية للشؤون الصحية والاجتماعية *(DRASS):***

هذه المديريات البالغة عددها 22 مديرية، تم إنشاؤها في سنة 1977، وهي المصالح الجهوية لوزارتي الصحة والشؤون الاجتماعية، هذه المديريات هي تحت إشراف محافظ المنطقة، وهي مسيرة من قبل المدير الجهوي للشؤون الصحية والاجتماعية المكلف بتطبيق السياسة الوزارية. دور هذه المديريات هو ضمان تطبيق السياسات الوطنية في المجال الصحي، الاجتماعي من خلال إعداد وتطبيق السياسة الجهوية.

- **اللجان الجهوية للصحة** *Les Conférences Régionales de Santé:*

تم إنشاؤها في سنة 1994، ومن مهامها إقامة نقاش جهوي حول الصحة بهدف تحليل تطور الاحتياجات الصحية، ووضع الأولويات وتقديم الاقتراحات الهادفة لتحسين الحالة الصحية والسكان، هذه الاقتراحات يتم العمل بها على مستوى اللجنة الوطنية للصحة.

- **الوكالات الجهوية للاستشفاء** *Les Agences Régionales d’Hospitalisation:*

وقد تم إنشاؤها بناءا على القرار الصادر بتاريخ 24 أفريل 1996، هذه الوكالات موضوعة تحت السلطة المباشرة للوزارتين السابقتي الذكر، ومن مهامها تحديد وتنفيذ السياسة الجهوية لعرض العلاج الاستشفائي إضافة إلى تحديد قيمة الموارد المخصصة لكل مؤسسة استشفائية.

1-4-1-3 المستوى المحلي (المحافظات):

- **مديريات المحافظات للشؤون الصحية والاجتماعية:** *(DDASS)*

وتم إنشاؤها في 1964، ويبلغ عددها 96 مديرية، مكلفة بتطبيق السياسة الصحية والاجتماعية المحددة من طرف السلطات العمومية. وتتدخل هذه المديريات في الحالات التالية:

- مراقبة المنشآت الصحية والاجتماعية، البيئة والسكان.
- تسيير بعض الإعانات الاجتماعية.
- الوقاية وترقية الصحة.
- الإرشاد، الإعلام والتنسيق.

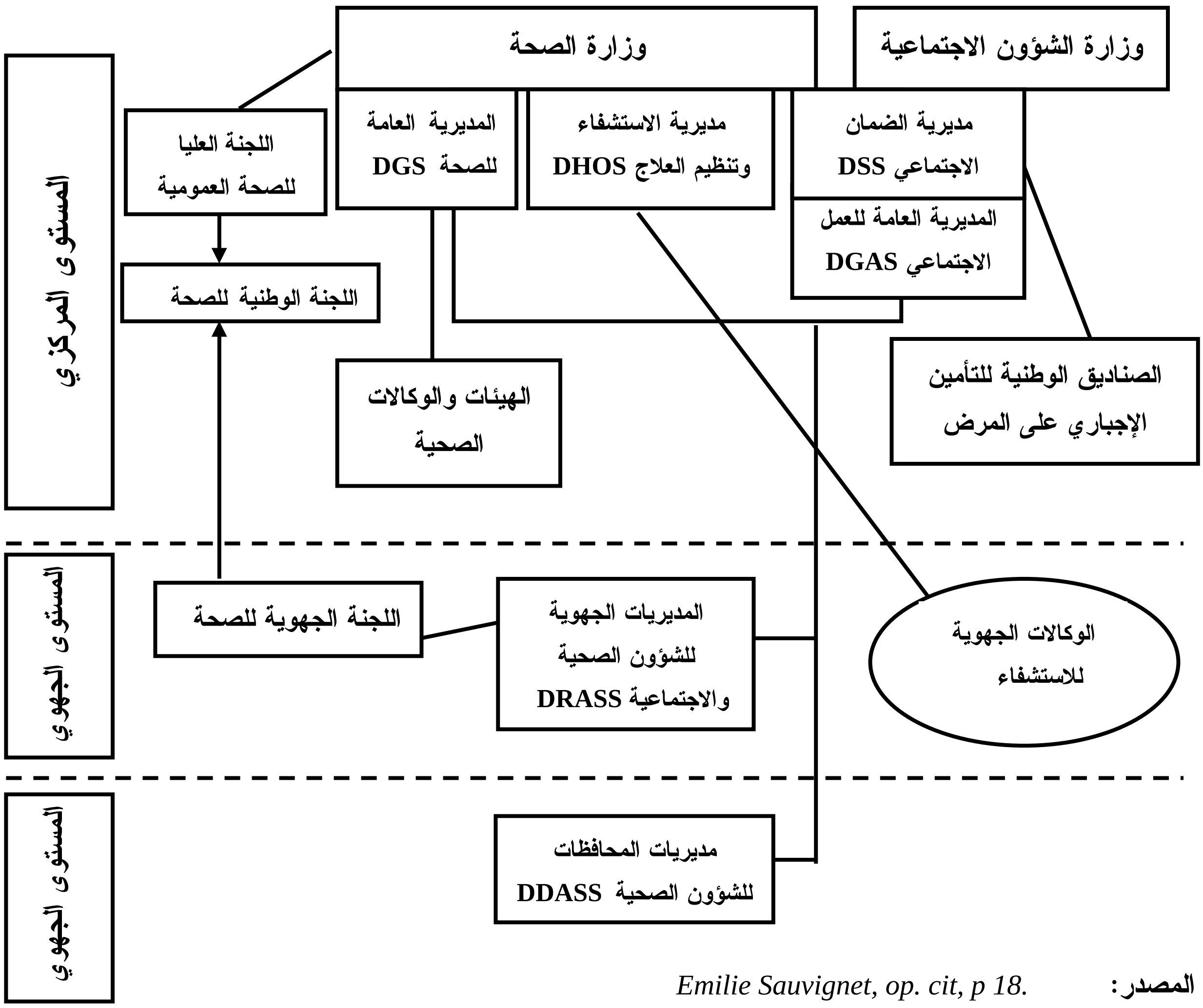
- **مصالح العمل الاجتماعي والصحي للمحافظات:**

وتقوم أساسا بحماية الأمومة والطفولة، التلقيح، الوقاية، متابعة ومراقبة الإصابات بالسرطان المساعدات الاجتماعية،... .

ومن خلال ما ذكر، يتبين الدور الكبير للدولة في ضبط المنظومة الصحية بتواجدها على جميع المستويات، من خلال السياسات المعتمدة وآليات تنظيم عرض العلاج بهدف تحقيق

مبدأ الشرعية، أما الاتفاقيات المبرمة مع عمال السلك الطبي العاملين في القطاع الحر فهي من صلاحيات هيئات التأمين الإجباري على المرض.

شكل رقم (04): مستويات التنظيم الصحي في فرنسا



المصدر: *Emilie Sauvignet, op. cit, p 18.*

1-4-2 دور الأطباء في منظومة العلاج الفرنسية:

في فرنسا يمارس الأطباء نشاطهم بشكل مستقل مع اختلاف التسعيرة المطبقة في الفحوصات المقدمة. فهم ينقسمون إلى فئتين أو ما يسمى بالقطاع الأول، والثاني. ولمعرفة نشوء هذين القطاعين، لا بد من العودة إلى تاريخ العلاقة بين الأطباء وصناديق الضمان الاجتماعي. فمن خلال مشاريع القوانين حول الضمان الاجتماعي التي تبنتها الدولة في سنة 1920 جعلت الأطباء يشعرون بالخطر الذي يهدد حريتهم . فتم في سنة 1927 خلال مؤتمر النقابات الطبية الفرنسية التصويت على الميثاق الطبي المتضمن[1]:

[1] *Anne. Laurence le Faou, op. cit, p 19.*

- حرية اختيار المريض للطبيب المعالج.
- حرية الأطباء في عمليات الوصف.
- الدفع المباشر للأتعاب بين المريض والطبيب
- الاتفاق بين الطرفين حول مبلغ الأتعاب الواجب دفعه.

واستطاع هؤلاء الأطباء الحفاظ على جزء كبير من مصالحهم، مع ظهور وبلورة الضمان الاجتماعي في فرنسا بداية من سنة 1945.

وفي سنة 1960 غالبية الأطباء قبلوا تدريجيا تسعيرة موحدة لأتعابهم، والتي تعوضها هيئات الضمان الاجتماعي. هؤلاء الأطباء المتعاقدون ينتمون إلى ما يسمى بالقطاع الأول.

ومنذ 1980 سمح لبعض الأطباء بتحديد مبلغ أكبر لأتعابهم، يفوق ما هو معمول به من قبل الضمان الاجتماعي. وهؤلاء يشكلون القطاع الثاني. وحاليا 38% من الأخصائيون و15% من الأطباء العامون ينتمون إلى القطاع الثاني[1].

إن تنامي عدد الأطباء تصعب معه مراقبة النفقات والتحكم فيها، بحكم مسؤوليتهم الكبيرة عن غالبية النفقات الصحية، من خلال الفحوصات والوصفات المحررة. وفي محاولة للتحكم في تلك النفقات، تم اتخاذ إجراءات هادفة لتنمية الطب العلاجي الأولي، الذي يسمح بتفادي بعض العلاج الاستشفائي المكلف. وقد شرع في إجراءات جديدة، منذ الفاتح جانفي 2005، تهدف إلى تحفيز التسجيل لدى الطبيب المعالج، يكون مسؤولا على عملية التوجيه داخل منظومة العلاج، وطلب الخدمات الصحية لدى الأخصائي والمستشفى.

1-4-3 تمويل المستشفى:

يلعب المستشفى دورا أساسيا في المنظومة الصحية. فهو يمثل محور تنظيم العلاج ومن ثم نسبة معتبرة من إجمالي النفقات الصحية. والمشكلة التي تعاني منها المنظومات الصحية التي تعتمد على قاعدة التأمين، هي وجود عدد كبير من المستشفيات العمومية والخاصة، مع كثافة عالية للأطباء.

أشكال الحصول على خدمات المستشفى العمومي، تختلف بشكل كبير بين الدول فالمريض في المنظومة الفرنسية بإمكانه التوجه إلى طب المدينة *(La médecine de ville)* أو طلب الفحص الاستشفائي الخارجي. ويختلف الأمر تماما عن ما هو مسجل في بريطانيا

---

(1) *Bruno palier, la réforme des systèmes de santé, op. cit, p19.*

حيث يكون الطبيب العام مسؤولا عن توجيه المريض نحو الأخصائي والمستشفى (عدا الحالات الاستعجالية التي لا تستوجب التسلسل في طلب العلاج). أما ألمانيا التي تتميز بمنظومة مختلطة، فإن الفحص الاستشفائي الخارجي يبقى محدودا، ونادرا[1].

حتى بداية الثمانينيات، فإن المستشفى كان يمول من طرف الضمان الاجتماعي، على قاعدة التسعيرة اليومية المحددة سنويا.*(Tarif journalier)* هذا المبلغ يتوافق مع التكلفة اليومية لمكوث المريض في المستشفى. ويتم تلقي مبلغ ثابت يعادل عدد المرضى، والأيام الاستشفائية في تكلفة اليوم الواحد. هذه الطريقة المعتمدة أدت إلى انحرافات كبيرة في مجال تضخيم النفقات، من خلال محاولة المستشفى إطالة مدة مكوث المريض، زيادة عدد الفحوصات، وعدد الأسرة للاستفادة من ميزانية أكبر.

ومن أجل ترشيد نفقات المستشفيات فقد لجأت معظم الدول الأوروبية (فرنسا منذ 1983)[2] إلى عملية تمويل مستشفياتها من خلال الميزانية الإجمالية. حيث يتم تسديد هذا المبلغ الإجمالي للتمويل شهريا من طرف هيئات الضمان الاجتماعي. لكن هذا الأسلوب المعتمد لم يأت بالشيء الكثير على اعتبار أنه يؤدي إلى جعل المستشفى يقلص من نشاطاته. في ظل غياب التحفيزات اللازمة للتفرقة بين مستويات التسيير الجيد والسيئ. وبالتالي يكون المستشفى هنا أمام محدودية الموارد التي عليه تسييرها بشكل عقلاني.

واعتبارا من سنة 2004، فإن الإصلاحات التي استهدفت التأمين على المرض، قد أدت إلى تغيير أسلوب تمويل المستشفى. حيث بدأت فرنسا تدريجيا في استعمال نظام جديد للتمويل، مستعمل في الولايات المتحدة الأمريكية[3]. حيث يتم اللجوء إلى تمويل المستشفيات بحسب النشاط *(Tarification à l'activité)*، وتكلفة الأمراض المعالجة. ومن أجل ذلك يتم تحديد مجموعة متجانسة من المرضى، وتحديد تكلفة العلاج التي تم تحملها، ومن ثم ميزانية المستشفى بالنظر لعدد الحالات المعالجة (حجم النشاط الحقيقي). هذا الأسلوب له أثر على تحسين الفعالية، والشفافية في مجال تمويل العلاج.[4]

---

(1) *Eric Molinié, L'hôpital public en France : bilan et perspectives, République Française, avis et rapports du Conseil Economique et Social, 2005, p 36.*
(2) *Anne Laurence le FAOU, op. cit , p 21.*
(3) *Bruno Plier, la réforme des systèmes de santé, op. cit, p 45.*
(4) لمعلومات أكثر حول هذا الأسلوب التمويلي، وطرق تطبيقه، انظر:
Zeynep Or, Thomas Renaud ; Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital (T2A) Enseignements de la théorie économique et des expériences étrangères, IRDES, Document de travail N° 23, Mars 2009.

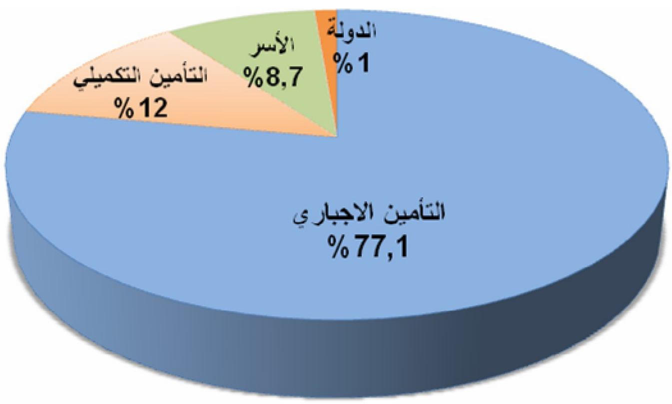
ومن الانتقادات التي وجهت لهذه الطريقة الجديدة في التمويل، هي أنها قد تؤدي إلى تخلي المستشفى عن بعض الأنشطة ذات المردودية الضعيفة، وتحويلها إلى طب المدينة (Médecine *de ville*). والتركيز بذلك على الأمراض التي تكون تكلفة علاجها أقل من التسعيرة المحددة من طرف الإدارة.

1-4-4 تمويل المنظومة الصحية الفرنسية:

لقد بلغت النفقات الصحية الإجمالية في فرنسا 11,1% من الناتج الداخلي الخام في سنة 2006. وهي نسبة تضعها في المرتبة الثالثة بعد كل من الولايات المتحدة الأمريكية وسويسرا، بنسبة 15,3% و11,3% على التوالي. مع الإشارة إلى أن متوسط النسبة المسجلة في دول منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية *(OCDE)* قد بلغت 8,9% في نفس السنة[1].

مصادر تمويل المنظومة الصحية الفرنسية تضمنها أربع جهات أساسية، وهي الدولة، التأمين الإجباري على المرض، هيئات التأمين التكميلي، والأسر. مع بروز الدور الكبير الذي يلعبه قطاع التأمين الإجباري على المرض، في عملية التمويل، أين بلغت مستويات المساهمة حدود 77,1% من إجمالي النفقات الصحية في سنة 2006. يمكن توضيح مصادر تمويل المنظومة الصحية وفق معطيات الشكل الموالي.

شكل رقم (05): مصادر تمويل المنظومة الصحية الفرنسية



المصدر: *République Française, Ministère des affaires étrangères, La santé en France, info synthèse, Février 2007.*

تبرز معطيات الشكل السابق الدور الكبير لقطاع التأمين الإجباري في فرنسا كمصدر أساسي في مجال التمويل. ففي سنة 2005، تكفل التأمين الإجباري على المرض بما نسبته

---

[1] *Eco-Santé OCDE 2008, Comment la France se positionne:* http ://www.oecd.org/dataoecd/45/20/38980771.pdf

77,1% من إجمالي النفقات الصحية، في حين غطى التأمين التكميلي 12%، والأسر 8,7% أما حصة الدولة والجماعات المحلية فلم تتعد نسبة 1,3% من إجمالي هذه النفقات(1).

1-4-4-1 التأمين الإجباري على المرض:

لقد تم إنشاء الضمان الاجتماعي رسميا بتاريخ 4 أكتوبر 1945، وتم تطبيقه على مراحل متعاقبة. تم توسيع مبدأ التأمين الإجباري على المرض ليشمل المستثمرين الفلاحيين في سنة 1961، ثم العمال المستقلين غير الفلاحين في سنة 1966(2).

إن تأسيس منظومة شاملة، والمصادق عليها في 1974، يتضمن إنشاء منظومة تأمين خاصة بالفئات غير المشمولة، والاستفادة منها يتم من خلال تقديم أقساط الاشتراك. وفي حالة محدودية الموارد المالية، يمكن طلب هذا التمويل من الجماعات المحلية. وهو ما يوضح إشكالية الحصول على مزايا التأمين لبعض فئات السكان(3).

إن تعميم مبدأ شمولية التغطية، المستوحاة من منظومة بيفرج، يقوم على إنشاء نظام موحد، يضمن نفس الحقوق للجميع. غير أن هذا الهدف لم يتحقق بالنظر للمعارضة التي لقيها من بعض الفئات المهنية، حيث فضل هؤلاء الاحتفاظ بنظام التأمين الخاص بهم (البحارة، عمال المناجم، عمال السكك الحديدية، بنك فرنسا...).

ويتسم الضمان الاجتماعي في فرنسا بالتشعب، بحكم وجود عدة أنظمة للتأمين على المرض، وهي إجبارية ترتكز بالأساس على قاعدة مهنية. ويمكن تمييز ثلاث أنظمة أساسية وهي: النظام العام الذي يشمل غالبية السكان (84% من السكان) بما فيهم أجراء متقاعدي القطاع الخاص، نظام التأمين الفلاحي، ونظام التأمين للعمال المستقلين. تضاف إليها أنظمة التأمين الخاصة ببعض المهن.

وبصدور القانون رقم 99-641 بتاريخ 27 جويلية 1999، والمتعلق بمبدأ التغطية الصحية الشاملة (CMU)، تم إدراج الفئة المعوزة من السكان، واستفادتها من مبدأ التأمين على المرض من خلال النظام العام. ويمكن توضيح هذه الأنظمة الأربعة، وفئات السكان التي تشملها، من خلال الجدول الموالي:

---

(1) *République Française, Ministère des affaires étrangères, La santé en France, info synthèse, Février 2007.*

(2) *Simone Saudier et autres, Systèmes de santé en transition, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, 2004, P 08.*

(3) *IDEM.*

جدول رقم (03): أنظمة التأمين على المرض في فرنسا

	النظام العام للتأمين على المرض	نظام التأمين الفلاحي	نظام التأمين للعمال المستقلين	الأنظمة الخاصة
المستفيدون	يغطي أجراء الصناعة، التجارة والخدمات، إضافة إلى العمال شبه الأجراء.	أجراء ومستثمري قطاع الفلاحة	التجار، الصناعيون وأصحاب المهن الحرة	قطاع المناجم، السكك الحديدية، الإدارة المستقلة للنقل باريس، بنك فرنسا مجلس الشيوخ...
نسبة المستفيدين	% 84	% 07	% 05	% 04

المصدر: *Emilie Sauvignet, op. cit, p 26.*

توضح معطيات الجدول أن كل نظام هو موجه لفئات معينة من العمال، حيث يتم تسيير فرع التأمين على المرض من خلال تنظيم إداري خاص، مع البقاء تحت وصاية الدولة. كما أن الخدمات المقدمة في إطار التأمين على المرض، والأمومة فهي نفسها بين مختلف أنظمة التأمين الأربعة. ويمكن توضيح الشكل التنظيمي للأنظمة الأربعة للتأمين على المرض في فرنسا وفق معطيات الشكل الموالي.

شكل رقم (06): التنظيم الإداري لأنظمة التأمين الإجباري على المرض في فرنسا



المصدر: *Emilie Sauvignet, op. cit, p 31.*

معطيات الشكل السابق توضح امتلاك كل نظام تأمين طرق تسيير خاصة، ولامركزية. غير أنها تخضع لرقابة الدولة، سواء عن طريق وزارة الفلاحة بالنسبة للتأمين الفلاحي على المرض، أو وزارتي الصحة والشؤون الاجتماعية بالنسبة لأنظمة التأمين الأخرى.

في سنة 2006، بلغ عدد الأفراد الذين يغطيهم نظام التأمين العام، 56 مليون شخص، أي ما يعادل 89% من السكان. ويتعلق الأمر بالأجراء، وعائلاتهم، وكذا السكان غير النشطين(1).

اللافت للانتباه أن التأمين على المرض في فرنسا هو أكثر تركزا مقارنة بما هو مسجل في ألمانيا. كما أن صناديق التأمين على المرض لم تمنح لها مسؤولية التسيير بالشكل السائد في ألمانيا، بحيث أن مسؤولية التوازن المالي، ومراقبة الاقتطاعات، وأسعار الخدمات الصحية المقدمة تعود للحكومة(2).

1-4-2 مبدأ التغطية الطبية الشاملة:

لقد كان لارتفاع معدلات البطالة في سنوات الثمانينيات الأثر السلبي على مبدأ التأمين ضد خطر المرض، بحكم حرمان البطالين من هذه المزايا، وعدم كفاية برامج المساعدة الطبية لتلبية احتياجات تلك الفئة. وقد تعاقبت القرارات والقوانين الرامية لتسهيل الاستفادة من خدمات التأمين الإجباري على المرض. أهم هذه القرارات إنشاء ما يعرف بالتغطية الطبية الشاملة ***(Couverture Maladie Universelle)*** ، والصادر بتاريخ 27 جويلية سنة 1999 ودخل حيز التطبيق بداية من الفاتح جانفي 2000. ويأتي تطبيق هذا القانون في سياق مكافحة أوجه الإقصاء، وتسهيل وصول الفئات المحرومة لمختلف الخدمات العلاجية والوقائية. مع الإشارة إلى أن شروط الاستفادة من مزايا الضمان الاجتماعي، هي الإقامة القانونية في فرنسا، ولفترة لا تقل عن ثلاثة أشهر، ومستوى دخل يقل عن مستوى معين. وهو ما يجسد فكرة الانتقال من نظام المساعدة الاجتماعية إلى نظام التأمين الاجتماعي. والانضمام إلى التغطية الطبية الشاملة يكون من خلال تقديم طلب إلى أحد صناديق التأمين التابعة للنظام العام. ويتضمن قانون التغطية الصحية الشاملة اتجاهين:

التغطية الصحية الشاملة القاعدية ***Couverture Maladie Universelle de base***

التغطية الصحية الشاملة التكميلية ***Couverture Maladie Universelle Complémentaire***

(1) *L'assurance maladie, chiffres & repères, édition 2007, p 10.*

(2) *Simone Saudier et autres, op.cit, p 09.*

وكما ذكرنا، فإن الهدف من إنشاء نظام التغطية الصحية الشاملة (*CMU*)، هو السماح للفئات الفقيرة بالاستفادة المجانية من خدمات العلاج. وتكمن خصوصية المستفيدين من مزايا هذه التغطية، في وضعيتهم الاجتماعية المتردية، مع مستويات بطالة مرتفعة، ومؤشرات صحية ضعيفة مقارنة بباقي السكان. كل هذه المعطيات من شأنها التأثير السلبي على النفقات الصحية(1). وبانضمام هذه الفئة إلى النظام العام للتأمين على المرض، يكون هذا القانون قد أسس فعلا لمبدأ شمولية التغطية، والانتقال من منظومة التأمين على المرض، على قاعدة مهنية إلى منظومة تأمين شاملة. وتسمح التغطية الصحية الشاملة التكميلية بالتكفل بالجزء من المصاريف التي لا يعوضها الضمان الاجتماعي، والتي تبقى على عاتق المريض. أي التكفل بالتذكرة المعدلة، المبلغ اليومي الجزافي المتعلق بالإقامة الاستشفائية، تكاليف علاج الأسنان والنظارات الطبية(2).

إن التغطية الصحية التكميلية هي حماية مجانية في مجال الضمان الاجتماعي، موجهة لذوي الموارد المالية الضعيفة (أقل من 606 أورو شهريا). ويستفيد منها 4,8 مليون فرد وبنفقات بلغت 1647 مليون أورو في سنة 2006(3).

إن تحديد سقف معين للمداخيل، للاستفادة من التغطية الصحية الشاملة التكميلية، قد أدى إلى استبعاد فئات معينة، على اعتبار أن مداخيلهم تفوق بقليل السقف المسموح به للاستفادة من مزايا التغطية التكميلية (المداخيل تتراوح بين 606 و727 أورو شهريا). ولمواجهة مثل هذه الاختلالات، فقد قامت الحكومة الفرنسية، بداية من سنة 2005، باعتماد ما عرف بالمساعدة الصحية التكميلية *Aide Complémentaire Santé* . وهي عبارة عن مساعدة مالية تمنح لهذه الفئة من أجل طلب التأمين التكميلي، وقد شملت 275000 مستفيد، وبنفقات بلغت 40 مليون أورو في سنة 2006(4).

---

(1) *Denis RAYNAUD, L'impact de la CMU sur la consommation individuelle de soins, drees, ETUDES et RESULTATS, N^0 229, mars 2003, p 04.*

(2) *Sylvie Le Laidier, La couverture maladie universelle : l'apport de la protection complémentaire, revue MEDECINE/ SCIENCES, No 1,vol 20, janvier 2004, p 105.*

(3) *Cour des comptes, Enquête sur la répartition du financement des dépenses de maladie depuis 1996 et sur les transferts opérés entre l'assurance maladie obligatoire, les assurances complémentaires et les ménages. Communication à la commission des affaires sociales du SÉNAT, avril 2008, p 40/101.*

4 *IDEM.*

1-4-4-3 التأمين التكميلي:

بالرغم من تجسيد مبدأ شمولية منظومة التأمين الإجباري على المرض بداية من الفاتح جانفي 2000، فإن مستويات التغطية ليست كاملة، ولا تشمل تعويض كل النفقات الصحية. وبالنظر إلى ارتفاع النفقات الصحية، عادة ما يتم اللجوء إلى إجراءات لتحميل الفرد المريض جزء من المسؤولية في التكفل بنفقاته العلاجية. وهو ما يفسر لجوء غالبية الأفراد إلى التأمينات التكميلية لتغطية الجزء من تكاليف العلاج التي تركت على عاتقهم. حيث تشير الإحصائيات إلى لجوء أكثر من 90% من الفرنسيين إلى التأمين التكميلي[1]، مع وجود تفاوت في مستويات التعويض. لكن هذه الأعباء تكفلت بها صناديق التأمين التكميلي، وأصبحت موضع تنافس بينها في السوق[2].

فالمبالغ التي يتم تعويضها للمريض من طرف صناديق التأمين على المرض تتم بالاعتماد على التسعيرة التي يتم تحديدها في إطار الاتفاق المبرم مع الممارسين، ولا يتم تعويض المبالغ الإضافية التي يمارسها بعض الأطباء المخول لهم ذلك(القطاع الثاني). وحتى مع وجود مبدأ التغطية الصحية الشاملة *CMU*، فإن تحديد سقف معين للمداخيل للحصول على حق الاستفادة من التغطية التكميلية، من شأن ذلك أن يخلق مشكلة المساواة في الحصول على العلاج بالنسبة للفئات الفقيرة.

إن الإجراءات المتبعة منذ نهاية السبعينيات، توضح أن نسبة تغطية تكاليف العلاج الاستشفائي تبقى مرتفعة في فرنسا، في حين أن تغطية العلاجات اليومية الجارية تبقى محدودة. فالتأمين الإجباري على المرض يتكفل بنسبة 91,6% من نفقات العلاج الاستشفائي في حين لا تتعدى مستويات التغطية نسبة 64,2% بالنسبة للعلاجات الجارية[3]. فالنفقات المترتبة على الفحوصات اليومية، علاج الأسنان، النظارات الطبية، الأدوية، التحاليل الطبية وغيرها، أصبحت تتكفل بها أكثر فأكثر هيئات التأمين التكميلي، والمرضى أنفسهم. كما أن هيئات التأمين التكميلي قد تختلف فيها حصص الاشتراكات تبعا للحالة الصحية للفرد، ومن ثم اقتراح مستويات تغطية تبعا لقيمة الاشتراكات المقدمة. وتشير الإحصائيات إلى لجوء 93% من الفرنسيين إلى التأمين التكميلي في سنة 2006 مثلما يوضحه الجدول الموالي.

---

(1) *Agnès couffinhal , Marc Perronnin , Accès à la couverture complémentaire maladie en France ; une comparaison des niveaux de remboursement, revue CREDES, N° 80 février 2004.*

(2) *Bruno Fantino, Gerard Ropert, guérir le système de santé de ses maux, avec 40 propositions pour une réforme, ALEAS éditeur, mars 2004, p 517.*

(3) *Emilie Sauvignet, op. cit, p 72.*

جدول رقم (04): تطور نسبة الاستفادة من التأمين التكميلي في فرنسا (1996-2006)

	1996	2000	2002	2004	2006
السكان المستفيدون* من التأمين التكميلي %	84,0	90,3	90,5	91,5	92,8
عدد السكان الإجمالي	59.624	60.751	61.616	62.445	63.195

* النسبة تشمل أيضا التغطية الصحية الشاملة التكميلية.

المصدر: *Cour des comptes, op.cit, p 12.*

وبالنظر للإجراءات الجديدة، والتوجهات الأخيرة الهادفة إلى تحميل المريض حصة أكبر من النفقات الصحية، من خلال ضعف مستويات التعويض لبعض الخدمات العلاجية المقدمة (أسعار الأدوية، علاج الأسنان، النظارات الطبية..)، تظهر المكانة المتنامية للتأمين التكميلي في المنظومة الصحية الفرنسية. هذا التحويل الجزئي للأعباء نحو القطاع الخاص من شأنه تخفيف العبء على التمويل العمومي، وبالمقابل يطرح مسألة عدم المساواة، ومعها مبدأ شمولية التغطية الصحية، خصوصا بالنسبة للذين لا يستطيعون الاشتراك في التأمين التكميلي (نسبة 7%). يضاف إلى ذلك تفاوت مستويات التغطية التكميلية بحسب نوع العقود التأمينية (عقود جماعية، أو عقود تأمين فردية)، ومستويات التغطية المطلوبة.

تمثل الأمراض المزمنة في فرنسا (مثلما هو الشأن بالنسبة للدول المتطورة والنامية) رهانا متناميا، بحكم تأثيرها الكبير على النفقات الصحية. فحسب إحصائيات سنة 2006[(1)] يعاني 7,7 مليون شخص من أحد هذه الأمراض (13,8% من عدد المؤمنين). مع الإشارة إلى أن هناك أربع أمراض أساسية تمثل 70% من المؤمنين الذين يعانون من هذه الأمراض المزمنة والمؤثرة في تزايد هذه الأعباء، وتتمثل أساسا في[(2)]:

الأمراض القلبية: 2,5 من المؤمنين. السرطان: 1,5 مليون مؤمن.

السكري: 1,4 مليون مؤمن. الأمراض العصبية: 900 ألف مؤمن.

كما بلغت نفقات العلاج المخصصة لهذه الفئة، في سنة 2004 ما يقارب 56 مليار أورو، وهو ما يعادل 60% من النفقات التي عوضتها هيئات التأمين على المرض، بعد أن كانت تقدر بنسبة 50% قبل 15 سنة[(3)].

---

(1) *L'assurance maladie, chiffres & repères, édition 2007, op.cit, p 10.*
(2) *IDEM.*
(3) *Cour des comptes, op.cit, p 68.*

اللافت للانتباه أن الاستهلاك المتوسط للفرد الذي يعاني من مثل هذه الأمراض يكون أكبر بسبع مرات مقارنة باستهلاك باقي المؤمنين. هذا الارتفاع في النفقات يجد تفسيره أكثر في تزايد عدد المصابين (بمعدل 6% سنويا)، مقابل تزايد نفقات العلاج بمعدل سنوي 1%. أما العوامل المفسرة لتزايد الإصابة بهذه الأمراض المكلفة، فهي عديدة نذكر منها(1):

- تزايد عدد الحالات الجديدة، بفضل الاكتشاف المبكر.
- ميول الأفراد أكثر لطلب الإعفاء من تحمل تكاليف العلاج المترتبة.
- تزايد عدد المسنين، وأمل الحياة للأفراد المصابين.

1-4-5 هيكل تمويل منظومة التأمين الإجباري على المرض:

إن الطريقة التي تسمح لنا بقياس درجة العدالة والمساواة، لكل منظومة صحية، هي قياس مدى مساهمة النفقات العمومية في التكفل بالحالة الصحية للسكان، من خلال العلاقة بين قيمة النفقات العمومية إلى إجمالي النفقات الإجمالية للصحة. فالقرارات الرامية لتعميم مبدأ الشمولية، جعل النظام التمويلي المرتكز على اقتطاعات الأجور محل خلاف بسبب:

- الأعباء التي تترتب على تكاليف العمل، وانعكاسها على المستوى العام للأسعار.
- مشكلة الفعالية، وعدالة الاقتطاعات التي ترتكز فقط على مداخيل العمل.
- الاشتراكات تقتصر على الأجراء فقط، في حين أن مزايا الضمان الاجتماعي قد تم توسيعها إلى جميع المقيمين، في إطار مبدأ التغطية الصحية الشاملة.

وفي الوقت الحالي، وعلى اعتبار أن المنظومة الصحية لا يقتصر دورها على تغطية تكاليف علاج الأجراء فقط، بل تعدت ذلك لتشمل جميع فئات المجتمع، في إطار مبدأ شمولية العلاج المعتمد منذ سنة 2000، فمن البديهي أن يتم اللجوء إلى تغطية النفقات بالاعتماد على الضرائب. وهو ما قامت به المنظومة الصحية الفرنسية، حيث تم تدريجيا استبدال الاشتراكات المدفوعة من قبل الأجراء بتدابير جديدة تتمثل في المساهمة الاجتماعية المعممة. وإنشاء هذه الضريبة، يعود إلى محدودية الاشتراكات الاجتماعية، بفعل مستويات البطالة التي كان لها تأثير سلبي على استقرار حجم الاشتراكات. كما أن اللجوء إلى الضغط أكثر على الأجور قد يتعارض مع السياسات التحفيزية للتوظيف. وانطلاقا من هذه المعطيات فإن فرض ضريبة موجهة مباشرة لتمويل الضمان الاجتماعي هي الوسيلة الأنجع لتوسيع

(1) *Cour des comptes, op.cit, pp 68.69.*

مجالات الاشتراكات لتشمل جميع الدخول، وبما يحقق مبدأ المساواة في تحمل أعباء تمويل الضمان الاجتماعي. بمعنى أن المساهمة الاجتماعية المعممة[1] قد غيرت هيكل التمويل بإخضاع جميع الدخول لمنطق الاشتراك، وبما يضمن موارد مالية للضمان الاجتماعي أكثر تنوعا، ولا تعتمد فقط على تطور الكتلة الأجرية. ويوضح الجدول الموالي تراجع حصص الاشتراكات الأجرية، التي عوضت بالمساهمة الاجتماعي المعممة.

جدول رقم (05): تطور حصص اشتراكات أرباب العمل والأجراء في فرنسا (%)

	1984/1/1	1987/7/1	1992/1/1	1997/1/1	1998/1/1
مساهمة أرباب العمل	12,6	12,6	12,8	12,8	12,8
الاشتراكات الأجرية	5,50	5,90	6,8	5,50	0,75

المصدر:. *Emilie Sauvignet, op. cit, p 52*

وتوضح معطيات الجدول أعلاه أن اشتراكات أرباب العمل بقيت نسبتها ثابتة، في حين انخفضت اشتراكات الأجراء بشكل محسوس بداية من سنة 1998. حيث تم تعويضها تدريجيا باقتطاعات ذات صبغة ضريبية، وهي المساهمة الاجتماعية المعممة التي أصبحت تمول حوالي 38% من النفقات الصحية في فرنسا، وقد كانت مردوديتها كبيرة، حيث بلغت 75,1 مليار أورو سنة 2006[2]. وتمثل هذه الضريبة ثلثي الضرائب الموجهة للحماية الاجتماعية.

ومما سبق يتبين أن مساهمة أرباب العمل تقدر بنسبة 12,8% من الدخل الخام، في حين أن العمال الأجراء يسددون المساهمة الاجتماعية المعممة بنسبة 5,25%، مضافا إليها نسبة 0,75% كاشتراكات أجرية لفرع التأمين على المرض منذ 1998. وهو ما يعني أن حصة

---

[1] المساهمة الاجتماعية المعممة: *contribution sociale généralisée* (**CSG**) هي ضريبة على كل مداخيل العمل ورأس المال، والمداخيل غير المباشرة (منح التقاعد، منح البطالة..). وتم إنشاء هذه الضريبة بمبادرة من حكومة ميشال روكارد *Michel Rocard*، من خلال قانون المالية لسنة 1991. ليتم توسيعها لاحقا لتشمل التأمين على المرض بداية من سنة 1997. وذلك بهدف تنويع مصادر تمويل الحماية الاجتماعية بشكل عام. هذه الضريبة موجهة لتمويل جزء من نفقات الضمان الاجتماعي (التأمين على المرض، الإعانات العائلية، والشيخوخة،). ويختلف معدل الضريبة بحسب طبيعة الدخول، ووضعية الأفراد . هذه المعدلات هي كالآتي:

- مداخيل النشاط revenus d'activité: بمعدل اقتطاع **7,5%** منها **5,25%** موجهة لفرع التأمين على المرض
- المداخيل التعويضية: revenus de remplacement : بمعدل **6,2%**. وتتعلق بمنح البطالة، التعويضات اليومية على المرض، حوادث العمل، الأمومة، الأمراض المهنية...
- مداخيل الميراث والتوظيف revenus du patrimoine et de placement: بمعدل **8,2%** مداخيل العقارات، وغيرها
- معدل الضريبة حدد بنسبة **9,5%** بالنسبة للمداخيل الناشئة عن الألعاب *les revenus du jeux* .

[2] *www.ladocumentationfrancaise.fr. Consulter le 12/06/2009.*

الاشتراكات، والمساهمة الاجتماعية المعممة تمثل حوالي 18,8% من الأجور في فرنسا[1]. مع الإشارة أن الاشتراكات الاجتماعية على المرض في ألمانيا، تمثل حوالي (14%) من مداخيل الأجراء في سنة 2004، وتسدد مناصفة بين الأجير والمؤسسة. وأن النفقات الصحية تمول عن طريق الضرائب بنسبة 8,4% فقط[2].

وتهدف المساهمة الاجتماعية المعممة في فرنسا إلى تنويع مصادر تمويل هيئات الضمان الاجتماعي الرسمية، التي ترتكز بالأساس على الاشتراكات. وقد سمح هذا الأسلوب الجديد بتحقيق بعض النقاط الإيجابية أهمها:

- تخفيف عبء الاشتراكات الاجتماعية على الأجور.
- ترقية أسلوب تمويلي أكثر تناسقا في ظل تعميم مستويات التغطية.
- مساهمة جميع الدخول للأسر في اشتراكات الضمان الاجتماعي.

وعلى الرغم من سيطرة الاشتراكات الاجتماعية في تمويل الضمان الاجتماعي الفرنسي، توجد كذلك عدة ضرائب ورسوم موجهة أيضا لتمويل هذا القطاع. ويمكن أن نذكر على سبيل المثال: المساهمة التي فرضت على قطاع الصناعة الصيدلانية، فيما يخص الأدوية التي تطرح في السوق، ونفقاتها الدعائية والإشهارية. إضافة إلى الضرائب على الكحول والتبغ، وغيرها من الرسوم الموجهة أساسا لتمويل الضمان الاجتماعي.

ولمحاولة الحد من الصعوبات المالية التي تعانيها هيئات الضمان الاجتماعي، وفي إطار إصلاحات الوزير الأول ألان جيبي *Alain Juppé*، تم إنشاء ضريبة جديدة بحكم القرار رقم 96-50 الصادر بتاريخ 24 جانفي 1996، وعرفت باسم المساهمة في تعويض الدين الاجتماعي[3]. حيث حددت نسبتها بــ 0,5%، وتشمل غالبية المداخيل. هذا القرار جاء لمحاولة امتصاص العجز المالي المتراكم للضمان الاجتماعي، والذي بلغ في تلك الفترة بين 30 و 38 مليا أورو. وفي سنة 2006 مثلت مختلف هذه الضرائب والرسوم حوالي 28% في تمويل مختلف أنظمة الضمان الاجتماعي، ونسبة 32% من تمويل النظام العام للأجــراء وتمثل المساهمة الاجتماعية المعممة (**CSG**)، ثلثي هذه الضرائب والرسوم.[4]

---

(1) *Bruno Palier, la réforme des systèmes de santé, op. cit. p 40.*
(2) *IDEM.*
(3) *Contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS).*
(4) *MISSOC, système d'information mutuelle sur la protection sociale dans les états membres de l'UE et de l'EEE. Financement de la protection sociale ; France : http://ec.europa.eu/employment_social/social_protection/missoc_info_fr.htm. consulter le 9/04/2009.*

6-4-1 مضمون إصلاحات 2004 في فرنسا:

يرتكز التصور العام لمفهوم الضمان الاجتماعي على تسهيل الوصول إلى الخدمات العلاجية التي يضمنها فرع التأمين على المرض، وبما يسمح بالحفاظ على صحة الأفراد وتخفيض مستويات الحاجة للعلاج. غير أن نمو عرض العلاج، والطلب عليه قد أدى إلى تسارع نمو النفقات الصحية. وكان من الصعب التحكم في مستوى النفقات، في منظومة تتميز بشمولية التغطية، حرية تامة للمريض في اختيار الطبيب، وسهولة التنقل داخل منظومة العلاج. إن إصلاحات التأمين على المرض يمكن تحليلها حول ثلاثة محاور: [1]

- محاولة تنمية الإيرادات لمواجهة نمو النفقات، وتغطية العجز المالي.
- إجراء تعديلات فيما يتعلق بشروط الحصول على العلاج، من خلال اعتماد الطبيب المعالج، والملف الطبي الخاص، تشجيع استعمال الأدوية الجنيسة..
- إصلاحات مست الجانب المؤسساتي من خلال إنشاء هيئات جديدة.[2]

وقد جاءت إصلاحات وزير الصحة الفرنسي دوست بلازيبه *(Douste-Blazy)* بتاريخ 13 أوت 2004 كمحاولة للتخفيف من حدة هذه الأعباء، وتحقيق التوازنات المالية لهيآت الضمان الاجتماعي عامة، وفرع التأمين على المرض بشكل خاص. هذا الأخير وصل العجز المالي فيه إلى مستويات حرجة ببلوغه 11,6 مليار أورو في سنة 2004، في حين لم يكن يتجاوز 1,6 مليار أورو في سنة 2000، مثلما يوضح ذلك الشكل التالي.

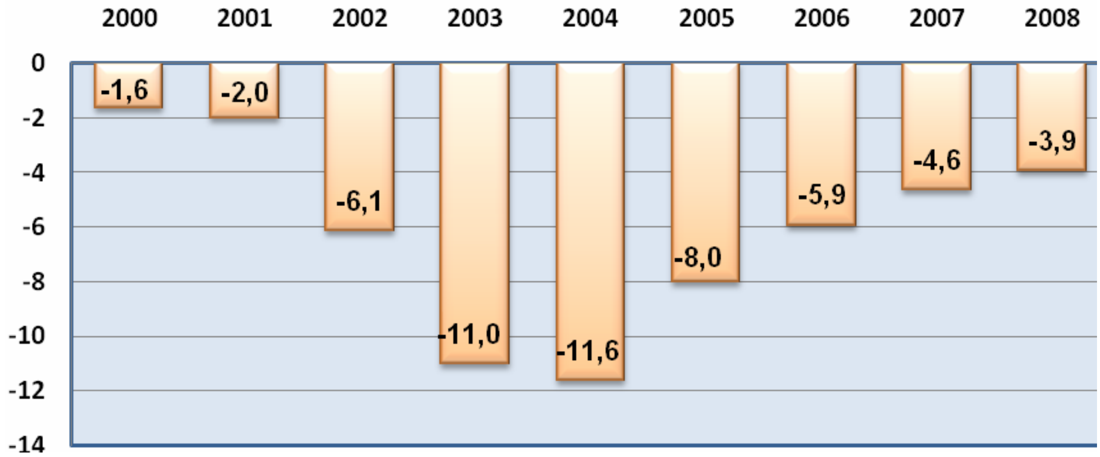
---

[1] *Daniel Lenoir, la réforme de l'assurance maladie, Cahiers français No 324, la documentation française, janvier-février 2005, p 47.*

[2] الغرض من هذا الإجراء هو تعزيز الإطار التنظيمي والمعلوماتي. وهذه الهيئات الجديدة هي:

- الهيأة العليا للصحة (HAS) : وهي هيأة عمومية مستقلة ذات طابع علمي. وتم إنشاؤها بمرسوم 26 أكتوبر 2004. ويتمثل دورها في تنسيق عمل الوكالة الفرنسية للأمن الصحي، والمنتجات الصحية (AFSSAPS).
- إتحاد وطني لصناديق التأمين على المرض والمتكون من الأنظمة الأساسية الثلاث. ومن مهامه تنسيق عمل الصناديق الثلاث في مجال التأمين على المرض، وعقد شراكة مع مهنيي الصحة وهيئات الحماية الاجتماعية التكميلية.
- إتحاد وطني لصناديق التأمين التكميلي على المرض (UNOCAM) ، وإشراكه في المشاورات المتعلقة بتسعيرة الأطباء وكذا التكوين الطبي.
- إتحاد وطني لمهنيي الصحة (UNPS)، والذي يضم ممثلي مهنيي الصحة المستقلين. ويقوم بإبداء رأيه فيما يتعلق بقرارات الاتحاد الوطني لصناديق التأمين على المرض(UNCAM). مع قيامه بالفحص السنوي لبرنامج الاتفاق مع الاتحاد الوطني لصناديق التأمين على المرض، والاتحاد الوطني لصناديق التأمين التكميلي على المرض.
- معهد وطني للإحصائيات الصحي (INDS). والذي سيسمح بتجميع المعطيات الصحية، ونشرها على مستوى الأطباء ومهنيو الصحة.

شكل رقم (07): تطور العجز المالي للتأمين على المرض في فرنسا مليار أورو



* الأرقام الخاصة بسنة 2008 هي توقعية.

المصدر: *Caisse Nationale de l'Assurance Maladie, chiffres & repères, édition 2007, op.cit, p 04.*

وتوضح معطيات الشكل السابق التراجع المحسوس لمستويات العجز في فرع التأمين على المرض بداية من سنة 2005. وهذا التخفيض قد تم تحقيقه بفضل الإجراءات المتواصلة التي تم اتخاذها من أجل ترشيد النفقات الصحية، في إطار إصلاحات 13 أوت 2004.

وقد ركزت هذه الإصلاحات على الإجراءات الرامية للتأثير على مستويات الطلب، وإشراك المريض في تحمل جزء من نفقات العلاج (رفع قيمة التذكرة المعدلة، تعويض جزئي للأدوية، مبلغ جزافي عن الإقامة الاستشفائية، ضعف مستوى تعويض نفقات علاج الأسنان والنظارات الطبية...). أما التوجهات الأخيرة فقد اعتمدت أسلوب توجيه الطلب، وتنظيم عملية الانتقال داخل منظومة العلاج، من خلال التحفيزات المالية لاختيار الطبيب المعالج هذا الأخير يكون مسؤولا على توجيه المريض، تسلسل العلاج، وقيامه بالعمل الوقائي.

1-4-6-1 سوق الأدوية الجنيسة:

يمثل القطاع الصيدلاني أحد المجالات التي تسعى الحكومات إلى التحكم في فاتورتها من خلال تخفيض سعر الأدوية بنسبة 30 إلى 40% في المتوسط. حيث أن ترقية استعمال الأدوية الجنيسة أصبح يشكل أولوية بالنسبة لغالبية الدول الأوربية، التي تواجه منظوماتها الصحية نموا متسارعا للنفقات.

وتتميز المنظومة الصحية الفرنسية بميولها الكبير نحو استعمال الأدوية الجديدة (المكتشفة حديثا) ذات التكلفة المرتفعة. وبالنظر للصعوبات المتعلقة بتمويل نفقات التأمين على المرض، فإن ترقية استعمال الأدوية الجنيسة تعتبر من الحلول المثلى لتحسين فعالية

النفقات العمومية للصحة وترشيدها. ولتجسيد ذلك، لا بد من إزالة الحواجز التي تعترض إمكانية تعويض الدواء الجنيس للدواء الأصلي. حيث لجأت فرنسا في السنوات الأخيرة، إلى الأسلوب الذي اتبعته العديد من الدول، فاعتمدت إجراءين لتشجيع استعمال الدواء الجنيس في عملية الإحلال[1]:

- منذ 1999، السماح للصيادلة بتعويض الدواء الأصلي بالدواء الجنيس.
- تحفيز الأطباء بصورة جماعية على تحرير الأدوية حسب التسمية الدولية المشتركة *(DCI)*. أي ذكر الاسم الكيميائي عوضا عن الاسم التجاري.

وتجدر الإشارة هنا إلى أن سوق الأدوية الجنيسة[2] في فرنسا لم تتبلور بشكل كبير، إذا ما قارناها بما هو مسجل في بعض الدول المتطورة، وفي مقدمتها نجد كل من الولايات المتحدة الأمريكية، ألمانيا، وانجلترا[3].

- وتعتبر الولايات المتحدة الأمريكية السوق العالمية الأولى للأدوية الجنيسة من حيث الحجم. فمن بين ثلاث علب موزعة، نجد علبتين تقريبا هي أدوية جنيسة. فهذه السوق الأكثر تنافسية تطورت بشكل سريع منذ 1984. ففي سنة 2005 بلغ معدل الإحلال للأدوية الجنيسة في الولايات المتحدة الأمريكية 60% تقريبا. بالإضافة إلى أن سعرها في المتوسط يكون أقل بثلاث مرات مقارنة بالأدوية الأصلية. مع الإشارة إلى أن الصيادلة قد تم السماح لهم بإحلال الأدوية الجنيسة منذ 1978 مع تدابير وتحفيزات مالية. مع قيام شركات التأمين الخاصة بحث الأطباء، وتشجيعهم أكثر على وصف الأدوية حسب التسمية الدولية المشتركة.

---

[1] *Romain Lesur, Le médicament générique: des attentes à la réalité, Annales des mines, février 2005, P67*

[2] الأدوية الجديدة تكون محمية ببراءة الاختراع، لفترة زمنية تصل في المتوسط إلى عشر سنوات منذ البدء في تسويقه. هذه الفترة تمنح للشركات الصيدلانية المنتجة باحتكار الإنتاج والتسويق، لضمان تعويض نفقات البحث والتطوير (***R&D***). بعد انقضاء الفترة الممنوحة يسقط هذا المنتوج في الحق العام، ويمكن لباقي الشركات الصيدلانية إنتاجه كدواء جنيس، يكون مكافئا للدواء الأصلي.

ويتم تسويق هذا الدواء الجنيس إما حسب التسمية الدولية المشتركة *Dénomination Commune Internationale*. بمعنى الاسم الكيميائي للمادة الفعالة متبوعا باسم المخبر. أو تسويقه تحت علامة معينة. أما من حيث التركيب، دواعي الاستعمال، الآثار الجانبية، وضمانات الاستعمال، فهي نفسها المسجلة بالنسبة للدواء الأصلي. غير أن الدواء الجنيس هو أقل سعرا، بحكم أن نفقات البحث والتطوير لا تدخل في تكلفته. مما يجعل سعره أقل بـــ 30% عن سعر الدواء الأصلي.

[3] *LES ÉTUDES DE LA MUTUALITE FRANÇAISE, Bilan de 25 ans de politique du médicament générique. Propositions pour une politique plus ambitieuse, octobre 2008, p22-25.* www.mutualite.fr

- بالنسبة للسوق الألمانية، تحتل المرتبة الثانية بالقيم المطلقة، بعد الولايات المتحدة الأمريكية. فمنذ 2002 أصبح للصيادلة الحق في استبدال الأدوية، والتمييز بين أسعار الأدوية ذات القيمة العلاجية المتشابهة، بشرط عدم معارضة الطبيب لذلك. كما أن التسعيرة المعدلة، المفروضة على سعر الدواء، والتي تتراوح بين 05 و10 أورو، تحفز المرضى أكثر على اقتناء الأدوية المنخفضة السعر. مع التذكير أن أسعار الأدوية الجنيسة، في ألمانيا، هي أقل بنسبة 30% مقارنة بتلك المطبقة على الأدوية الأصلية.
- سوق الأدوية الجنيسة متطورة أيضا في انجلترا، من خلال الإجراءات الساعية لتخفيض النفقات. فمنذ 1997 تم تحفيز الأطباء على وصف الأدوية الأقل سعرا. كما أن معدل وصف الأدوية حسب التسمية الدولية المشتركة تعتبر الأعلى في أوربا. حيث بلغ 80,6% في سنة 2006.

من خلال هذا الاستعراض الوجيز لسوق الأدوية الجنيسة، يمكن القول أن توسيع مجال استعمالها في فرنسا، قد يساعد في التخفيف من حدة العجز المالي الذي يعاني منه فرع التأمين على المرض. وقد ركزت السياسات الأخيرة على الجهات المسؤولة على فاتورة الاستهلاك الصيدلاني. ويتعلق الأمر بتفعيل دور الصيادلة في مجال الإحلال، والأطباء في عمليات الوصف، إضافة إلى الحملات التحسيسية باتجاه المرضى. حيث تشير الأرقام المتوفرة أن تعويض الأدوية الجنيسة قد ارتفعت في فرنسا إلى 1,6 مليار أورو في سنة 2007، مقابل 500 مليون أورو فقط في سنة 2002. وتم توفير مليار أورو في سنة 2007[1] بفضل تبلور فكرة الإحلال، مما يبرز أهمية الأدوية الجنيسة في التحكم في النفقات، والتوازن المالي للمنظومة الصحية.

1-4-6 -2 مسار العلاج المنسق: *Le parcours de soins coordonnés*

يعتبر القرار الخاص باعتماد الطبيب المعالج، من أهم محاور إصلاحات التأمين على المرض المعتمدة في 13 أوت 2004، ودخل حيز التنفيذ بداية من جانفي 2005. ورغم عدم إجبارية اختيار المريض لطبيبه المعالج، فقد تم اللجوء إلى التحفيزات المالية منذ الفاتح جانفي 2006 (مستويات التعويض)[2]. فالمؤمنون البالغون 16 سنة فما فوق مدعوون لاختيار

---

(1) *Caisse Nationale de l'Assurance Maladie, chiffres & repères, édition 2007, op.cit, p 25.*
(2) *Paul Dourgnon et autres, Les assurés et le médecin traitant : premier bilan après la réforme, Institut de Recherche et Documentation en économie de la santé (IRDES), bulletin d'information en économie de la santé, N° 124- Juillet 2007, p 2.*

الطبيب المعالج والتصريح بذلك لدى صندوق التأمين على المرض. هذا الطبيب يعتبر بمثابة محور منظومة العلاج، وترشيد مسار المريض. بحيث يتوجب استشارته قبل أي فحص لدى الأخصائي، أو زيارة المستشفى (مع استثناء الحالات الاستعجالية).

وقد تأخرت فرنسا، مقارنة بعديد الدول الأوربية، في اعتماد أسلوب العلاج المتمحور حول الطبيب العام. هذا الأسلوب أصبح معمول به منذ 2005، كما توضحه الأرقام التالية(1):

جانفي 2006: 70% من المؤمنين قاموا باختيار الطبيب المعالج. لتنتقل النسبة في سبتمبر من سنة 2007 إلى 80% من المؤمنين (43 مليون فرد). وفي نوفمبر 2008، فإن 85% من المؤمنين قد قاموا باختيار طبيبهم المعالج. وترتفع هذه النسبة إلى 96% بالنسبة للأشخاص الذين يعانون من الأمراض المزمنة. مع الإشارة إلى أن 99,5% من الفرنسيين قد قاموا باختيار الطبيب العام.

إن مضمون مسار العلاج المنسق، يتمحور بالأساس حول مستويات التعويض، وترشيد نفقات العلاج. فالمريض الذي يقوم باختيار طبيبه المعالج، واستشارته، يتم تعويضه حسب التعريفة المعمول بها(70%). مع احتفاظ المريض بإمكانية الفحص المباشر لدى الأخصائيين (طب النساء، طب العيون) علاج وجراحة الأسنان، دون أن يتعرض لعقوبة تخفيض مبالغ التعويض. أما المؤمنون الذين لم يختاروا الطبيب المعالج، وتفضيلهم الاتصال المباشر بالأخصائيين، فيتم تعويضهم بشكل أقل، أي (60%) من تعريفة الاتفاق المعمول به(2).

من الإجراءات الأخرى، التي اعتمدت في مجال تنظيم مستويات العلاج، وترشيده، فقد تمثلت في اعتماد الملف الطبي الخاص. ويتعلق الأمر هنا بالتخزين الآلي للمعلومات المتعلقة بالحالة الصحية للمريض، ويمكن الاطلاع عليها انطلاقا من البطاقة المغناطيسية الخاصة (*carte vitale*)، والمجهزة بصورة للمؤمن لضمان الاستعمال الشخصي. هذا الملف الطبي يسمح لكل طبيب بمتابعة المسار العلاجي للمريض داخل المنظومة الصحية، والاطلاع على مختلف الفحوصات التي خضع لها. هذا الأسلوب المتبع من شأنه تفادي الفحوصات غير المجدية، وتحسين مستويات التنسيق بين طب المدينة والمستشفى(3).

(1) *Caisse Nationale de l'Assurance Maladie, Le médecin traitant, adopté par la majorité des Français, favorise la prévention, Point d'information, 22 janvier 2009, p 3.*
(2) *Paul Dourgnon et autres, op.cit, p2.*
(3) *Bruno palier, la réforme des systèmes de santé, op. cit, pp 112, 113.*

إضافة لما ذكر، فقد اعتمدت فرنسا سنة 2005[1]، برنامجا وطنيا لمحاربة التبذير، مع مراقبة صارمة للعطل المرضية غير المبررة. وهو ما مكن من توفير 126,6 مليون أورو في سنة 2007. فالعطل طويلة المدة يتم مراقبتها بداية من منتصف الشهر الثاني (45 يوما عوضا عن 60 يوما التي كان معمولا بها).

1-4-6- 3 المبالغ التي تبقى على عاتق المريض[2]:

أ. ابتداء من الفاتح جانفي 2008، يتم خصم مبالغ محددة من التعويضات التي تقدمها صناديق التأمين على المرض، على الأدوية، الخدمات شبه الطبية، والنقل الصحي، مع حد أقصى لا يتعدى 50 أورو سنويا بالنسبة لمجموع الحالات الثلاثة للفرد الواحد.

وفي إطار هذا الإجراء المطبق، فقد تقرر اقتطاع 50 سنتيم أورو على كل علبة دواء، أو أي شكل من أشكال التعبئة، 50 سنتيم أيضا على الخدمات شبه الطبية المحصل عليها، ومبلغ 02 أورو بالنسبة للنقل الصحي. مع الإشارة إلى أنه تم تحديد سقف يومي لهذه الاقتطاعات بالنسبة للحالتين الأخيرتين، بحيث لا يمكن خصم أكثر من 02 أورو في اليوم الواحد بالنسبة للأعمال شبه الطبية، و04 أورو يوميا بالنسبة للنقل الصحي.

الفئات المستبعدة من تحمل هذه الأعباء هي:

- الفئات أقل من 18 سنة.
- المستفيدون من نظام التغطية الطبية الشاملة التكميلية، أو نظام المساعدة الطبية للدولة.
- المرأة الحامل بداية من الشهر السادس، وإلى غاية اليوم الثاني عشر من الوضع.

ب. المساهمة الجزافية بقيمة 01 أورو: *La participation forfaitaire*

بداية من 1 جانفي 2005، يقوم المريض بالمساهمة بمبلغ 01 أورو عن كل فحص طبي لدى الطبيب العام أو الأخصائي، وسواء تم ذلك في العيادة، مكان الإقامة أو المستشفى بالإضافة إلى اختبارات الأشعة، والتحاليل البيولوجية. هذه المساهمة يتم خصمها بصورة آلية من المبالغ التي تعوضها هيئات التأمين الإجباري على المرض. أما الفئات المستبعدة من التسديد فهي نفسها في الحالة السابقة.

---

(1) *Caisse Nationale de l'Assurance Maladie, chiffres & repères, édition 2007, op.cit, p 26.*
(2) *La sécurité sociale en ligne : www.ameli.fr. Consulter le 17/06/2009.*

ج. مساهمة المريض في مصاريف الإقامة بالمستشفى: *Le forfait hospitalier*

بداية من الفاتح جانفي 2007، حدد مبلغ جزافي عن الإقامة في المستشفى، كمساهمة من المريض في مصاريف الإيواء، وقد نص القرار الوزاري في هذا الشأن بما يلي:

- تسديد مبلغ 16 أورو يوميا بالنسبة للإقامة الاستشفائية في المستشفى أو العيادة.
- تسديد مبلغ 12 أورو يوميا في مصلحة نفسية.

هذه المبالغ المسددة لا تعوضها هيئات التأمين الإجباري على المرض، في حين قد تتكفل بها مصالح التأمين التكميلي. مع الإشارة إلى أن هناك العديد من الفئات التي تم إعفاؤها من تسديد هذه المصاريف، نذكر منها:

- المرأة الحامل بالنسبة للأربعة أشهر الأخيرة من الحمل، و12 يوما التي تلي الوضع.
- المواليد الجدد، الذين يمكثون بالمستشفى خلال الثلاثين يوما التي تلي ولادتهم.
- الإقامة بالمستشفى بسبب حادث أو عمل، أو مرض مهني.

د. التذكرة المعدلة: *Le ticket modérateur*

هيئات التأمين الإجباري تقوم بتعويض جزء من المصاريف الصحية، ويبقى جزء على عاتق المريض *(Ticket modérateur)*. هذه التذكرة المعدلة تطبق على جميع المصاريف والعلاجات الطبية القابلة للتعويض، سواء تعلق الأمر بالفحوصات الطبية، شراء الأدوية الموصوفة وغيرها.

وبإمكان التأمين التكميلي أن يتكفل بجزء، أو بكل قيمة التذكرة المعدلة بحسب العقود المبرمة في هذا الإطار. مع التذكير هنا بأن القيمة الجزافية (01 أورو) هي مساهمة تضامنية وليس لها علاقة بالتذكرة المعدلة.

هـ. المبلغ الجزافي المقتطع (18 أورو): *Le forfait 18 euros*

بداية من الفاتح سبتمبر 2006، بدأ المريض بتقديم مساهمة جزافية بقيمة 18 أورو، يتم تطبيقها على الخدمات التي تبلغ قيمتها 91 أورو فما فوق. هذا المبلغ يتم تحمله بالنسبة للخدمات الطبية في المستشفى أو العيادة في إطار الفحوصات الخارجية، أو في حالة المكوث بالمستشفى، والحصول خلالها على فحوصات وتشخيصات تعادل أو تفوق 91 أورو.

ومما سبق يمكن إبراز الخصائص المشتركة للمنظومتين الصحيتين الألمانية والفرنسية في:

- الاشتراكات الاجتماعية تمول غالبية خطر المرض.
- صناديق التأمين على المرض يسيرها الممولون (الأجراء، وأرباب العمل).

- سيطرة المستشفى العمومي في السياسة الصحية، بوجود الأطباء الأجراء، أما الطب الجاري *Ambulatoire* فيتكفل به الأطباء الخواص الذين يمارسون في العيادات.

1-5 المنظومة الوطنية للصحة: منظومة بيفردج *(Beveridge)*

لقد تبنت ثلاثة أرباع الدول الأوروبية هذا النوع من المنظومات الصحية: انجلترا أيسلندا، السويد، النرويج فنلندا، الدانمارك، إضافة إلى بعض دول البحر الأبيض المتوسط (البرتغال، إيطاليا، إسبانيا اليونان) التي انضمت منذ سنة 1980. وإلى جانب الدول الأوروبية نجد كل من كندا استراليا، زيلندا الجديدة[1]. وسيتركز بحثنا على المنظومة الصحية لانجلترا.

ويتم التمويل في هذا النوع من المنظومات الصحية عن طريق الضرائب، والحصول على العلاج في غالبيته مجاني. أما المساهمة المالية للأفراد والمؤسسات فتأتي من الضرائب المدفوعة وليس من الاشتراكات الاجتماعية.

إن نشوء المنظومة الصحية في انجلترا، بشكل عام، هو انعكاس لفكر وتوجهات حزب العمال في سنوات الأربعينيات، من خلال صدور تقرير وليام بيفردج *(William Beveridge)* في سنة 1942، والذي انبثقت عنه المبادئ الأساسية للضمان الاجتماعي، المتمثلة في مبدأ الشمولية، مجانية العلاج، وتوفير حماية موحدة لجميع الأفراد. ولضمان تمويل التأمين الوطني بشكل عام تم اتخاذ إجراءين[2]:

- فيما يتعلق بالصحة، والمنح العائلية، يتم التمويل عن طريق الضرائب.
- بالنسبة للأخطار الاجتماعية الأخرى (البطالة، الشيخوخة) من خلال اشتراكات محددة مع إمكانيات التعديل، والإعفاء.

هذا التقرير الذي قدمه بيفردج انبثقت عنه خمسة قوانين أساسية[3].

- القانون المتعلق بالتأمين الوطني في 1946 الذي قام بتوحيد أنظمة التأمين الموجودة.
- القانون الخاص بالهيئة الوطنية للخدمات الصحية *(National health service / NHS)* المنتخبة في 1946. حيث تهتم هذه الهيئة بمجانية مختلف الخدمات والحاجيات الصحية. كما أوكلت إدارتها وتسييرها إلى وزارة الضمان الاجتماعي.
- القانون المتعلق بحوادث العمل، والأمراض المهنية.

[1] *Béatrice Majnoni d'Intignano, op .cit, p 105.*
[2] *Anne Laurence le Faou, op. cit, p 24*
[3] *IDEM.*

- القانون حول الحماية الاجتماعية، الصادر في سنة 1948، والذي يحدد عتبة الفقر من أجل الاستفادة من الإعانات خارج إطار الاشتراكات.
- القانون المتعلق بالإعانات العائلية (*prestations familiales*) والذي أنشأ أول نظام للمنح العائلية الموجهة للعائلات الموجود بها طفلين على الأقل.

وتهدف الهيئة الوطنية للخدمات الصحية، في جوهرها، إلى ضمان مجانية العلاج عبر المستشفيات العمومية، والأجراء من عمال الصحة، أو غير الأجراء من خلال ما يبرم من عقود(خصوصا الأطباء العامون)(1). وعلى ذلك يمكن إبراز ثلاثة اختلافات بين هذه المنظومة الوطنية ومنظومة التأمين على المرض(2).

- تغطية شاملة، مجانية، وموحدة، دون الحاجة إلى الانضمام إلى مؤسسة أو ممارسة عمل
- احتكار الخدمات العمومية للصحة من طرف الهيئة الوطنية للخدمات الصحية *(NHS)* حيث يتم تقديم العلاج الأولي والاستشفائي من طرف العمال الأجراء.
- يرتكز التمويل بالأساس على الضرائب.

1-5-1 المنظومة الصحية لانجلترا قبل إصلاحات 1991.

المنظومة الصحية الانجليزية، أو ما يعرف بالهيئة الوطنية للخدمات الصحية *(NHS)* تتميز في أغلبها بالطابع العمومي، وتمول مباشرة عن طريق الضرائب. وتكمن مبادئها الأساسية في شمولية التغطية، ومجانيتها. ولا ترتبط بمفهوم العمل، والاشتراكات الاجتماعية. أي أن عمل هذه الهيئة لا يستدعي وجود صناديق التأمين على المرض، حيث يتم استبعاد فكرة الانخراط والإجراءات المتعلقة بنظام التعويضات. وتبرز خصوصية هذه الهيئة في الإجراءات المتعلقة بتسلسل العلاج، في ظل تكامل وحداتها الصحية، وخضوعها للتسيير المباشر من قبل الهيئات الصحية المحلية، التي تخضع بدورها للرقابة على المستوى الجهوي والوطني. وقد اعتبرت الهيئة الوطنية للخدمات الصحية الانجليزية الأكثر مركزية، من حيث طريقة تنظيمها، مقارنة بنظيراتها في دول منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية *(OCDE)* حيث صممت وفق المستويات الجغرافية الأربع التالية(3):

---

(1) *Dominique Polton, les systèmes de santé dans les pays occidentaux, op.cit, p 54*

(2) *Denis clair Lambert, les systèmes de santé, analyse et évaluation comparée dans les grands pays industriels, Edition du SEUIL, Avril 2000, p 286.*

(3) *Carine CHEVRIER-FATOME, Le système de santé en Angleterre, Actions concernant la qualité des soins et la régulation des dépenses en ambulatoire, Inspection Générale des Affaires Sociales(IGAS), rapport N° 2002 105, Juin 2002, p12.*

- وزارة الصحة.
- الإقليم: *la région*.
- المقاطعة: *le district*.
- المؤسسات الصحية (المستشفيات، والأطباء العامون).

وقد تم تنظيم مختلف الخدمات الصحية في انجلترا على أساس قاعدة جغرافية، تلعب فيها الأقاليم والمقاطعات الدور الرئيسي في تخصيص الموارد، وتوزيع العلاج. حيث تقوم الهيئات الجهوية *(autorités régionales)* بتخصيص الميزانية لكل مقاطعة *(district)* أخذا بعين الاعتبار لعدد السكان وخصوصياتهم الاجتماعية والصحية. وتكون الهيئات الصحية للمقاطعة *(District Health Authorities)* مسؤولة على تقديم مختلف الخدمات الصحية لسكانها، وضمان تسيير المستشفيات والمراكز المحلية التابعة لها[1].

ومن خلال ما ذكر يمكن القول أن الهيئة الوطنية للخدمات الصحية هي التي تضمن توزيع العلاج في المجال الطبي والاستشفائي. ويقوم البرلمان سنويا بالمصادقة على ميزانية الهيئة الوطنية للخدمات الصحية ومراقبة استعمالها.حيث يتم تقسيم هذه الميزانية إلى قسمين:

- ميزانية للمستشفى محددة، ومبدئيا لا يمكن مراجعتها خلال السنة.
- ميزانية للطب الجاري (*Médecine ambulatoire*).

بالإضافة إلى ما سبق، يتم تمويل الهيئة الوطنية للخدمات الصحية في غالبيته عن طريق الضرائب بأشكالها المختلفة (85%). حيث تبدأ العملية من وزارة الصحة، التي تحدد الغلاف المالي للنفقات الصحية على المستوى الوطني، والذي لا يسمح بتجاوزه. بعدها يتم توزيع الميزانية على 08 أقاليم صحية جهوية. وتخصص المبالغ لكل إقليم طبقا للاعتبارات المرتبطة بعدد السكان، عامل السن، الاعتبارات الصحية والاجتماعية. وكل إقليم مقسم إلى عدة مقاطعات (في حدود 20 مقاطعة). مع الإشارة هنا إلى أن مسئولو الأقاليم والمقاطعات الذين يعجزون من أن يتحكموا في الميزانية الصحية، قد يتعرضون لعقوبة الفصل، أو مراجعة مستويات أجورهم[2]. وقد سمحت مثل تلك الإجراءات بترشيد النفقات الصحية في انجلترا، وإبقائها في مستويات أقل مما عرفته المنظومات الصحية في دول منظمة التعاون

---

(1) *Christian Dufour, Jean Gélinas, La santé en Angleterre : la réforme conservatrice et le projet travailliste, Télescope, Revue d'analyse comparée en administration publique, l'École nationale d'administration publique du Québec, volume 5, numéro 4, décembre 1998, p2.*

(2) *Christine Thayer, Dominique Tonneau, Le système de santé en Angleterre, Annales des mines, septembre 2000, p 66.*

والتنمية الاقتصادية. بحيث لم تتعد نسبها في انجلترا 5,9% من الناتج الداخلي الخام سنة 1986. وحتى مع الإصلاحات التي باشرتها حكومة المحافظين، فإن هذه النفقات لم تتجاوز عتبة 7% في سنة 1996. ويمكن مقارنة تطور النفقات الصحية من خلال الجدول الموالي:

جدول رقم (06): تطور حصة النفقات الصحية من الناتج الداخلي الخام في بعض الدول المتطورة

	الولايات المتحدة	ألمانيا	فرنسا	انجلترا
1986	% 10,8	% 9,2	% 8,5	% 5,9
1996	% 14,0	% 10,5	% 9,7	% 6,9

المصدر:

Jacques Auger, une approche comparative des systèmes de santé dans quatre pays (Allemagne, Etats- Unis, France, Royaume-Uni), coup d'œil, volume5, N°1 avril 1999, p 10.

1-5-1-1 التدرج في طلب العلاج:

منذ اعتماد الهيئة الوطنية للخدمات الصحية، فإن الأطباء العامّين في انجلترا كان لهم الدور الأساسي في تنظيم تدرج العلاج على المستوى المحلي، والوصول به إلى مستوى العلاج المتخصص، الذي توفره المستشفيات فقط[1]. وكل طبيب عام يمارس مهنته كمتعاقد مع الهيئة الوطنية للخدمات الصحية، التي تتولى تسديد أتعابه بالاعتماد أساسا على عدد الأفراد المسجلين لديه، إضافة إلى الأنشطة الأخرى التي يقوم بها في مجال التلقيح، البرامج الوقائية، وغيرها. مع التذكير أن الأطباء العامون لا يمكنهم توطين نشاطهم في المناطق ذات الكثافة الطبية العالية، ولجوء الجهات الوصية إلى تحفيزات مالية لتشجيع ممارسة النشاط في المناطق التي تعاني نقصا في عدد الأطباء الممارسين.

إن كل شخص هو ملزم بالتسجيل لدى الطبيب العام، والذي يمكن اختياره من قائمة الأطباء المتعاقدين مع الهيأة الوطنية للخدمات الصحية *(NHS)*. ينتهي التسجيل بتسليم بطاقة تسمح بطلب العلاج لدى الطبيب المعني، وعدم تلقي فحص من جهات أخرى إلا في الحالات الاستعجالية. وبموجب هذا الإجراء فإن المريض لا يمكنه زيارة الأخصائي، أو المستشفى إلا بتوجيه من طبيبه العام. ويبقى المريض يتمتع بحرية تامة في تغيير طبيبه العام، من خلال طلب شطب اسمه من القائمة الأولى، وإعادة التسجيل في قائمة الطبيب الذي يقوم باختياره غير أن التقليد المعمول به يجعل من النادر اللجوء إلى مثل هذا الإجراء.

---

[1] *David Bernstein, Les réformes dans l'organisation des soins primaires en Angleterre, points de repère, N° 17, Juillet 2008, Caisse Nationale de l'Assurance Maladie, Paris Cedex, p 02. www.ameli.fr.*

في مقابل هذه الحرية المحدودة في التنقل داخل منظومة العلاج ، هناك مجانية للفحص والعلاج. مع استعمال بسيط للتذكرة المعدلة لمحاولة التحكم في ترشيد النفقات. وقد جرى تطبيقها في نفس المجالات المعروفة (النظارات الطبية، طب الأسنان، بعض الأدوية). فبالنسبة للأدوية هناك مشاركة مالية ثابتة في حدود 06 أورو عن كل وصفة طبية، مع إجراءات الإعفاء. للتذكير فإن المساهمة المباشرة للمريض في انجلترا هي أقل مما هو مسجل في الدول الأوروبية الأخرى، وخاصة تلك التي تعتمد منظومة التأمين على المرض على اعتبار أن التمويل يتم عن طريق الضرائب التي تضمن مشاركة واسعة للأسر في تمويل النفقات الصحية.

إن أتعاب الأطباء في منظومة التأمين على المرض (مبلغ عن كل فحص)(1) قد تؤدي إلى تضخيم النفقات، بحكم لجوء الأطباء إلى زيادة عدد الفحوصات المقدمة على حساب النوعية. أما أتعاب الطبيب في ظل المنظومة الوطنية للصحية (التي تتحدد أساسا بعدد المرضى المسجلين في القائمة)(2) فقد تؤدي إلى تخفيض عدد الفحوصات المقدمة، لعدم ارتباطها بالمردود، ومن جهة أخرى توجيه المرضى نحو المستشفيات(3). هؤلاء الأطباء العامون غالبا ما يلجؤون إلى العمل وفق مجموعات في العيادات، وبتشجيع، وتحفيز من الدولة لتخفيض التكاليف فيما يتعلق بعدد الموظفين، وكذا التجهيزات المستعملة(4).

1-5-1-2 المستشفى:

الأطباء الأخصائيون في انجلترا هم أجراء، ويمارسون نشاطهم في المستشفيات فقط بحيث أن طلب العلاج على مستوى المصالح المختصة لا بد أن يمر عن طريق الطبيب العام عدا الحالات الاستعجالية. وتقوم المستشفيات بضمان مجانية الأدوية، مختلف الخدمات العلاجية، وكل عمليات التشخيص، باعتبارها الوحيدة التي تتواجد بها مخابر التحاليل البيولوجية، ومختلف التجهيزات الطبية الثقيلة. ومن أهم المستشفيات نجد المراكز الاستشفائية الجامعية التي تنشط بها مخابر البحث. هذه المعطيات السابقة الذكر توضح الدور المحوري للطبيب العام في عمليات التوجيه داخل منظومة العلاج في انجلترا.

(1) *Le paiement à l'acte.*
(2) *Rémunération à la capitation.*
(3) *Bruno palier,la réforme des systèmes de santé, op. cit, p 43.*
(4) *Denis clair Lambert, les systèmes de santé, analyse et évaluation comparée dans les grands pays industriels ,op.cit, p 292*

وفي الوقت الذي تشكو الدول الأوروبية من الارتفاع السريع في نفقاتها الصحية، بقيت المنظومة الوطنية للصحة (منظومة بيفرج) متحكمة في هذه التكاليف. وتفسير ذلك يكمن في طريقة تسديد أتعاب الأطباء (الأجور). بحيث أن أجور عمال السلك الطبي وشبه الطبي كانت منخفضة مقارنة بالدول المجاورة[1]. إضافة إلى ضعف الإمكانيات الخاصة بالتشخيص، وكذا التجهيزات الطبية الضخمة. حيث أن الهيئة الوطنية للخدمات لصحية تتبع إجراءات صارمة فيما يتعلق باقتناء واستعمال التجهيزات الطبية، خصوصا ذات التكلفة المرتفعة. ولكون المستشفيات عمومية الطابع، فقد ساهم ذلك في تفادي المنافسة بين القطاع العام والخاص.

إن التدرج في مستويات العلاج، وضرورة المرور بالطبيب العام*(GP)* قبل زيارة الأخصائي خلق سلاسل انتظار طويلة للمرضى، بحيث يتطلب ذلك وقتا معتبرا للحصول على فحص من الأخصائي، ووقتا آخر للحصول على إذن المكوث بالمستشفى.

1-5-1-3 مجانية العلاج:

الميزة الأساسية لمجانية العلاج تكمن في استبعاد عمليات الدفع المباشر من طرف المريض، وبالتالي تحاشي كل الخطوات المتعلقة بإجراءات التعويض. وهذا ما يساعد على تحقيق نوع من الاقتصاد في التكاليف الإدارية.

وتجدر الإشارة إلى أن الضغط الجبائي على مداخيل الأشخاص، قد انخفض من 13,5% من الناتج الداخلي الخام في سنة 1975 إلى 9,5 في سنة 1996 دون أن يكون هناك زيادة في اشتراكات الضمان الاجتماعي[2]. ونفس الفائدة تحصل عليها المؤسسات الاقتصادية بحكم إعفائها من الأعباء الاجتماعية المتعلقة بالاشتراكات على الأجور لدى الضمان الاجتماعي. الشيء الذي يزيد من تنافسيتها، على اعتبار أن اشتراكاتها الأساسية هي الضرائب على الشركات. وسمح للدولة بالحصول على عوائد كبيرة بحكم مردودية نشاط هذه الشركات.

في مقابل هذه الايجابيات لنشاط الهيئة الوطنية للخدمات الصحية، هناك سلبيات تتمثل أساسا في محدودية عرض العلاج، والذي سمح لانجلترا بالتحكم في أعباء النفقات الوطنية للصحة في مستويات أقل مما هو مسجل في باقي الدول الأوروبية، وخاصة ذات منظومة التأمين على المرض. وقد خلق ذلك صعوبة في الاستفادة من مختلف الخدمات الصحية بفعل

(1) *Denis clair Lambert, les systèmes de santé, analyse et évaluation comparée dans les grands pays industriels,op.cit, p291.*

(2) *IDEM, p289.*

الإجراءات المتعلقة بالتدرج في العلاج. والذي نتج عنه خطوط انتظار طويلة على مستوى طلب الفحص لدى الأخصائيين، أو من أجل عمليات جراحية بسيطة في بعض الأحيان. وبالنظر إلى هذه الوضعية، فإن إصلاح الهيئة الوطنية للخدمات الصحية أصبح برنامجا ذا أولوية كبيرة، باشرته مختلف الحكومات منذ التسعينيات.

1-5-2 إصلاحات حزب المحافظين لسنة 1991.

إن الاختلالات التي أصبحت تميز عمل الهيئة الوطنية للخدمات الصحية *(NHS)* جعلت حكومة حزب المحافظين تتبنى إصلاحات عميقة في أشكال التنظيم الإداري والتمويلي للمنظومة الصحية بشكل عام، من خلال القانون المصادق عليه في سنة 1990 ودخوله حيز التطبيق بداية أفريل 1991. وعرفت هذه الإصلاحات باسم رئيسة وزراء بريطانيا مارغريت تاتشر *Margarette Thatcher*. واستهدفت تلك الإصلاحات بالأساس تحسين فعالية المنظومة الصحية تحسين نوعية الخدمات، والسعي لتخفيف فترات الانتظار فيما يتعلق بالفحوصات التكميلية وحالات العلاج البسيطة. ففي بداية التسعينيات، بلغت فترة الانتظار لإجراء عملية جراحية على العين *(cataracte)* في القطاع العمومي سنتين في المتوسط[(1)]. هذه الإصلاحات تبرز التوجهات الجديدة المتعلقة بإدخال إجراءات المنافسة في السوق الداخلية لمنظومة العلاج، من خلال الفصل بين الفئة المشترية للعلاج، والعارضة له[(2)].

- **الفئة الأولى:** الفئة المشترية (الزبونة في طلب العلاج)، وتتشكل من الهيئات الإدارية الصحية للمقاطعة *(Districts Health Authorities-DHA)* والعيادات الخاصة التي تضم الأطباء العامّين*(GP)*.

- **الفئة الثانية:** الفئة العارضة للعلاج، وتتكون من الأطباء العامّين، الذين يضمنون العلاج الأولي، إضافة إلى المستشفيات والأخصائيين.

فالأطباء العامون الذين يمارسون نشاطهم في شكل مجموعات على مستوى العيادات الخاصة، يقدمون من جهة العلاج الأولي لمجموع الأفراد المسجلين لديهم. ومن جهة ثانية يقومون بإبرام العقود الهادفة لشراء خدمات المستوى الثاني للعلاج التي توفرها المستشفيات والأخصائيون العاملون بها.

---

(1) *Odile Join- Lambert et florence Lefresne, France ; Le National health service: une institution pérenne en pleine transformation, Chronique Internationale de l'IRES- n° 91, novembre 2004, p83.*

(2) *Carine CHEVRIER-FATOME, op.cit, p 12.*

فهذا النوع من التنظيم خلق ما يسمى بسوق داخلية. وسميت كذلك بحكم أن النفقات الإجمالية ظلت محددة مسبقا، وخاضعة للرقابة. في حين أن الفئات المكلفة بطلب وعرض الخدمات الصحية، فهي أجهزة تابعة للهيئة الوطنية للخدمات الصحية[1]*(NHS)*. مع الإشارة إلى أن تلك الإصلاحات لم تغير في المبادئ الأساسية للمنظومة الوطنية للصحة، والمتمثلة في التغطية الشاملة، والمجانية للخدمات العلاجية، والتي تم تنظيمها وفق المستويين المشار إليهما أعلاه ضمن الفئتين الأولى والثانية.

1-5-2-1 الفئة المشترية للعلاج:

الفئة الأولى المكلفة بالشراء، هي الهيئة الإدارية الصحية للمقاطعة *(DHA)*، والتي تغطي مجالا جغرافيا لحوالي 500.000 نسمة. وتتلقى كل هيئة غلافا ماليا من وزارة الصحة (عبر الهيئة الإدارية الجهوية للإقليم) يسمح لها بطلب الخدمات الاستشفائية المتاحة، عن طريق العقود المبرمة مع المستشفيات، يتم بموجبها تحديد سلة العلاج المطلوبة. هذه الوضعية الجديدة توضح التحول في دور الهيئة الإدارية الصحية للمقاطعة، والذي انتقل من الإطار التقليدي المتمثل في تلقي الميزانية، واستعمالها في تسديد أتعاب موظفي المستشفيات شراء المستلزمات الطبية، وصيانة المنشآت الصحية التابعة لحيزها الجغرافي. لينتقل دورها إلى مشترية (طالبة) للخدمات الصحية، والتركيز على تحسين نوعية العلاج، الرفع من فعالية التكاليف، والعمل على تحديد الأولويات الصحية لسكانها.

في بداية تطبيق هذه الإصلاحات، كانت هناك وضعية احتكارية، بحكم تواجد مستشفى واحد تابع للنطاق الجغرافي للإدارة الصحية. هذه الأخيرة ملزمة بإبرام العقود معه. ولمواجهة هذه الوضعية الاحتكارية في عرض العلاج، فقد تم اللجوء إلى عملية اندماج للإدارات الصحية، والتي انتقلت من 178 في سنة 1992، إلى 107 إدارة صحية في سنة 1994[2].

أما الفئة الثانية المكلفة بطلب (شراء) العلاج، فتتمثل في الأطباء العامّين الذين اكتسبوا صفة مسيري الأموال*(GP Fundholders)*. فمن خلال إصلاحات 1991، فإن الأطباء العامّين الذين يمارسون نشاطهم في مجموعات على مستوى العيادات الخاصة، والذين يتمتعون بعدد كبير من المرضى المسجلين لديهم " أكثر من 11000 شخص"[3] بإمكانهم الحصول على

---

(1) *Diane lequet-Slama, Régulation des systèmes de santé : Quelques expériences étrangères de réformes en Europe, Revue d'économie Financière, N°76, novembre 2004, p 44.*
(2) *Carine CHEVRIER-FATOME, op.cit, p 13.*
(3) *Ariel Beresniak et Gérard Duru, op.cit, p 16.*

اعتمادات مالية من الدولة، واستعمالها لشراء مختلف الخدمات العلاجية للمرضى المسجلين لديهم (عدا الحالات الاستعجالية). ومن ثم الدخول في منافسة فيما بينهم أيضا. هذه الخدمات المطلوبة على مستوى المستشفيات هي من المستوى الثاني والثالث. وقد تم لاحقا توسيع هذه الإمكانية (تخصيص ميزانية للعيادات الخاصة) لتشمل مجموعات الأطباء التي يبلغ عدد المسجلين في قائمتها 5000 شخص. ففي سنة 1996 نجد أن 41% من إجمالي الأطباء يسيرون مثل هذه الميزانيات(1) لتبلغ النسبة 50% في سنة 1998(2). وهو ما خلق سوقا داخلية سمحت بإعادة تنظيم العلاقة بين الأخصائيين، والأطباء العامّين.

1-5-2-2 الممارسة الطبية في إطار المجموعات:

إن التقليد المعمول به في انجلترا، هو أن الأطباء العامّين يمارسون نشاطهم في إطار مجموعات على مستوى العيادات الخاصة. وقد تطور هذا التوجه بالأساس منذ الستينيات بفعل النقص الذي عانته انجلترا في عدد الأطباء العامّين. وهو ما دفعها إلى تبني جملة من الإجراءات الهادفة لتشجيع الممارسة الطبية في إطار المجموعات(3). مع التذكير هنا بأن هذه العيادات الخاصة أصبحت تضم الممرضات، والجهاز الإداري المكلف بعمليات التنظيم.

وإذا كان تواجد الممرضات إلى جانب الأطباء العامّين، في العيادات الخاصة، قد أصبح القاعدة المعمول بها حاليا في انجلترا. فإنها تعتبر ظاهرة حديثة، مقارنة بما هو ملاحظ في كل من السويد وفنلندا(4). ففي سنوات الخمسينيات والستينيات فإن نشاط الممرضات والأطباء العامون، كان في مجالات مختلفة، دون أن يكون هناك تنسيق. حيث تركز نشاط الممرضات على تقديم العلاج للمرضى في مكان إقامتهم (*soins à domicile*) في حين تركز نشاط الأطباء في المستوى الأول للعلاج على مستوى العيادات.

إن نشاط الممرضات على مستوى العيادات الخاصة، يتميز بأسلوبين مختلفين تماما:

- **ففي الأسلوب الأول،** تتلقى هذه الفئة أجورها من الإدارة المحلية لضمان الخدمات العلاجية للمرضى في مكان إقامتهم (الأشخاص المسنين، النساء والأطفال). مع ممارسة الفحص بالتنسيق مع أطباء العيادات.

---

(1) *Ariel Beresniak et Gérard Duru, op.cit, p 16.*
(2) *Carine CHEVRIER-FATOME, op.cit, p 14.*
(3) *Y.BOURGUEIL, A. MAREK, et J. MOUSQUES ; Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec: quels enseignements pour la France ? IRDES, Questions d'économie de la santé, N°127- Novembre 2007, p 06.*
(4) *Y.BOURGUEIL, A. MAREK et J.MOUSQUES, La participation des infirmières aux soins primaires dans six pays européens et au Canada, DREES, Etudes et Résultats, N° 406, juin 2005, p06.*

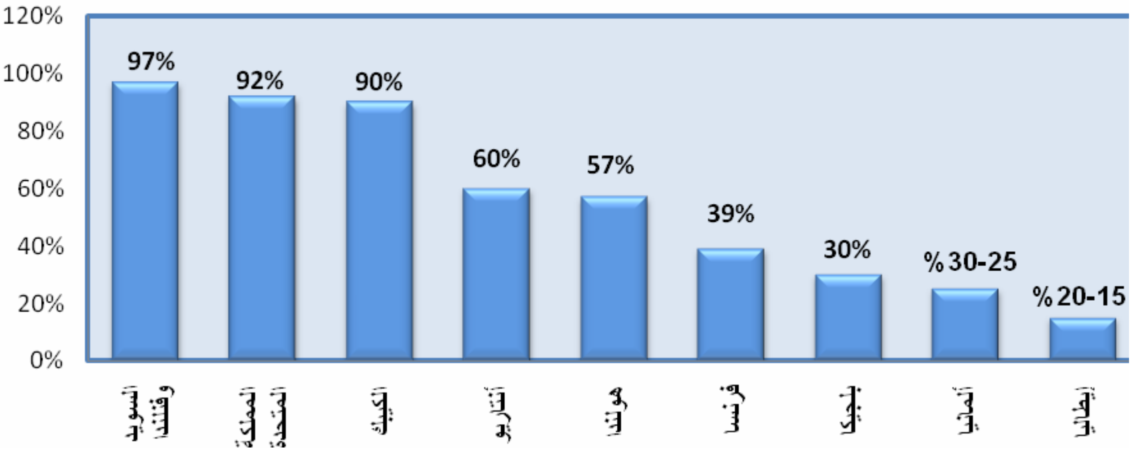
➢ **في الأسلوب الثاني**، تتولى العيادات الطبية تسديد أجور هذه الفئة، التي تكون تحت سلطة مسؤول العيادة. وتقوم الممرضات بممارسة عدة مهام منها:

- ضمان الفحص الأولي بالنسبة للحالات البسيطة.
- متابعة المرضى الذين يعانون من الأمراض المزمنة.
- ترقية التربية الصحية.
- القيام بعمليات الوصف[1]، إذا كنّ يتمتعن بمستوى تأهيلي خاص[2].

وقد كانت للإصلاحات التي بوشرت في سنوات التسعينيات، الدور الكبير في تنشيط وتشجيع تجمع الأطباء، من خلال الميزانية التي تمنح لتلك العيادات التي تتكفل بشراء وطلب خدمات العلاج من المستويين الثاني والثالث "خدمات الأخصائيين، والعلاج الاستشفائي".

وتلك الإجراءات التي اتخذتها انجلترا، وكل الدول التي تتميز بتجميع نشاط الأطباء، كالسويد فنلندا، هولندا، وغيرها، كانت تهدف في جوهرها إلى تنظيم مستويات العلاج، وهيكلته، من خلال الفصل بين مستويات العلاج، وإعطاء الأولوية للمستوى الأول.

شكل رقم (08): نسبة الأطباء العامون العاملون في إطار المجموعات (تقديرات)



المصدر: *Yann Bourgueil et autres, Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec: quels enseignements pour la France ? op.cit, p 01.*

ملاحظة: الإحصائيات المذكورة في الشكل البياني تتعلق بالمملكة المتحدة، غير أن تحليلنا لاحقا سيركز فقط على انجلترا.

بالنسبة لانجلترا، توضح المعطيات السابقة أعلاه، التركز الكبير الذي أصبح يعرفه نشاط الأطباء العامّين، المتعاقدين مع الهيئة الوطنية للخدمات الصحية *(NHS)*، والذي بلغ

---

[1] تتلقى فئة الممرضات تكوينا تكميليا تجعلها أكثر تأهيلا، بما يسمح لها بإجراء بعض الفحوصات، ووصف الأدوية.

[2] *Y.BOURGUEIL et autres, La participation des infirmières aux soins primaires dans six pays européens et au Canada ,op.cit, p06.*

92%. لتحتل انجلترا المراكز المتقدمة في هذا المجال. أما الظاهرة اللافتة للانتباه فهي النمو الذي حدث في حجم هذه العيادات، والتي أصبحت تضم في المتوسط 4,8 طبيب عام إضافة إلى ممرضة والطاقم الإداري. مع التذكير أن أكثر من 45% من الأطباء العامّين يمارسون نشاطهم في مجموعات تضم 05 أطباء فأكثر. هذه النسبة لم تتعد 17% في سنة 1975[1]. مع بقاء نسبة لا تتعدى 8% من الأطباء العامّين الذين يمارسون نشاطهم على مستوى العيادات الخاصة بشكل منفرد. وتتباين مستويات تركز الأطباء العامّين، وحجم العيادات الخاصة بين مختلف الدول التي اعتمدت مثل هذا الأسلوب في تنظيم عرض العلاج.

جدول رقم (07): بعض المقارنات الدولية حول الممارسة الطبية

	المعدل المتوسط لتجمع الأطباء العامون	مكان الممارسة	الممارسون المعنيون	متوسط عدد الأطباء في المجموعة	طريقة تسديد الأتعاب
السويد	98 %	المركز العمومي للصحة	متعددو المهن والاختصاصات	غ. م	أجراء
المملكة المتحدة	92 %	عيادات خاصة متعاقدة مع السلطة المحلية	عدة مهنيين	4,8	حسب عدد المرضى المسجلين/ مبلغ جزافي مبلغ عن كل فحص
فرنسا	39 %	عيادات خاصة	تخصص واحد	حوالي 03	عن كل فحص
ألمانيا	25 – 30 %	عيادات خاصة	تخصص واحد	طبيبان في الغالب	عن كل فحص

المصدر: *Yann Bourgueil et autres, Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec: quels enseignements pour la France ? op.cit, p 03.*

مثل هذه الممارسة الطبية يمكن اعتبارها كوسيلة لتحسين مستويات الأداء، وظروف العمل في نفس الوقت. بحيث أن تواجد الأطباء، وعمال الشبه طبي في مكان واحد سيسمح بالتكفل بالطلب المتنامي، وتخفيض تكاليف التسيير.

1-5-2-3 الفئة العارضة(المقدمة) للعلاج:

بين سنتي 1991-1995 تم تحويل مستشفيات الهيأة الوطنية للخدمات الصحية *(NHS)* إلى مؤسسات عمومية مستقلة *(Trusts)*. تتمتع بحرية في تحديد حجمها، أسعار خدماتها وشروط عمل موظفيها. كما تكمن مهمتها في ضمان العلاج من المستوى الثاني والثالث، من خلال العقود المبرمة مع الأطباء العامّين، والهيئات الإدارية الصحية للمقاطعات *(DHA)*

[1] *Yann Bourgueil et autres, Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec: quels enseignements pour la France ? op.cit, p 03.*

(الفئات المشترية للعلاج)[1]. هذا الإطار التنافسي بين تلك المستشفيات للحصول على تعاقدات لتقديم مختلف الخدمات الصحية سيحثها أكثر على محاولة تخفيض تكاليفها، على اعتبار أن الاختيار، وإبرام العقود سيتم وفق معايير التكلفة والنوعية *(Coût / qualité)*.

لقد أدت إصلاحات 1991 إلى تغيير كبير في دور الدولة في تسيير شبكات العلاج وترسيخ إجراءات المنافسة في السوق الداخلية، من خلال الاستقلالية التي منحت للمستشفيات، مجموعات الأطباء، وتغير الدور التقليدي للهيئات الإدارية الصحية للمقاطعات وقد سمح ذلك بإبرام العديد من العقود والاتفاقيات، دون أن تكون هناك مشاورات حقيقية في مجال الأسعار. وتجدر الإشارة إلى أن إصلاحات حزب المحافظين لم تسمح بمعالجة الاختلالات المستمرة في منظومة العلاج البريطانية، والمتمثلة في ضعف الاستثمارات، نقص الأدوية داخل المستشفيات، إضافة إلى المشاكل الكبيرة المتعلقة بفترات الانتظار الطويلة للمرضى. إن الضعف المتواصل في مجال التمويل، وصعوبات تسيير المنظومة الوطنية للصحة، كانت لها نتائج وخيمة في بعض الأحيان. ففي بعض المناطق الريفية يرفض المسؤولين على المصالح الصحية تقديم بعض الخدمات العلاجية المكلفة، وذلك لتجنب العجز في الميزانية[2]. هذه الاختلالات جعلت حكومة حزب العمال تتبنى إصلاحات جذرية في منظومة العلاج بداية من سنة 1999.

1-5-3 إصلاحات حكومة حزب العمال:

بوصول حزب العمال إلى السلطة في 1997، أقرت حكومة الوزير الأول طوني بلـــير *(Tony Blair)* بوجود اختلالات كبيرة في أداء المنظومة الصحية، وتدهور نوعية العلاج. حيث ركزت الإصلاحات التي بوشرت بداية من سنة 1999، على تحسين نوعية الخدمات العلاجية المقدمة، مردودية، وأداء المصالح والمستشفيات.

وقد مثلت تلك الإصلاحات قطيعة مع أشكال التنظيم السابقة للهيأة الوطنية للخدمات الصحية، ويتعلق الأمر بإعادة نظر جزئية في آليات السوق الداخلية، التي اعتمدتها حكومة المحافظين في إصلاحات 1991، وتعويضها باستقلالية أكثر، ومركزية محدودة. دون المساس بالمبدأ المعتمد سابقا، وهو الفصل بين الفئة المشترية للعلاج، والعارضة له. حيث رأت حكومة حزب العمال أن المنظومة الصحية التي توظف أكثر من مليون فرد، لا يمكن

---

(1) *Ariel Beresniak et Gérard Duru, op.cit, p 16.*
(2) *Patrick Mordelet, op. cit, p 166.*

تسييرها بفعالية على مستوى مركزي[1]. فدور المركزية في التسيير يكمن في تحديد الأهداف العامة، وتخصيص الموارد المالية الكفيلة بتحقيق مبدأ الإنصاف في مستويات العلاج اللازمة. وعليه توجب إعادة النظر في أشكال التنظيم والتسيير، ومنح استقلالية أكثر للهيئة الوطنية للخدمات الصحية، مع ضرورة رفع مستويات التمويل والاستثمار.

فعلى المستوى التمويلي، التزمت الحكومة برفع حصة النفقات الصحية من الناتج الداخلي الخام بشكل مستمر، وإيصالها إلى المتوسط السائد في دول الاتحاد الأوروبي بحلول سنة 2006. كما تقرر لمدة عشرين سنة (2001–2020)، رفع إجمالي النفقات من 7,8% من الناتج الداخلي الخام في سنة 2001 إلى حدود 10% في سنة 2020. أي أن نفقات الهيأة الوطنية للخدمات الصحية سترتفع من 65,4 مليار جنيه إسترليني[2]، إلى أكثر من 100 مليار في سنة 2005، لتبلغ 150 مليار جنيه إسترليني في سنة 2020[3].

ومنذ سنة 2001 تم اعتماد برنامج واسع لانجاز العديد من المستشفيات، ترقية تكنولوجيا الإعلام والاتصال، الرفع من مستويات التجهيز، وتوظيف الموارد البشرية. حيث شهدت سنة 2003[4] برمجة أكثر من 60.000 منصب شغل جديد على مستوى الهيأة الوطنية للخدمات الصحية ***(NHS)***.

إن من أكبر المشاكل التي سعت الحكومة لحلها، تكمن في قوائم الانتظار الطويلة، التي بقيت السمة المميزة لنشاط الهيأة الوطنية للخدمات الصحية. فخلال الفترة 2001–2002 تم إحصاء أكثر من 8000 شخص ينتظرون الفحص لدى الأخصائي منذ أكثر من 15 شهـــرا وما يقارب 40.000 آخرون ينتظرون منذ أكثر من 12 شهرا. وحسب الإحصائيات الرسمية لوزارة الصحة لنفس الفترة، نجد 22% من المرضى ينتظرون منذ أكثر من 13 أسبوعا للحصول على أول فحص لهم لدى الأخصائي، و27% من المرضى ينتظرون 06 أشهر وأكثر لقبولهم في المستشفى[5]. 20% من البريطانيين الذين يعانون من سرطان الرئة، لم يستطيعوا الحصول على العلاج بالنظر لحالتهم المرضية المتقدمة، بسبب فترات الانتظار الطويلة في المستشفيات. كما أن مؤشر عرض العلاج في انجلترا، هو الأقل مقارنة ببعض

---

[1] *Patrick Mordelet, op.cit, p166.*

[2] سعر الصرف قدر في تلك الفترة بحوالي 1,4 أورو لكل جنيه إسترليني.

[3] *Odile Join- Lambert et florence Lefresne, op. cit, p86.*

[4] *IDEM.*

[5] *Patrick Mordelet, op.cit, p166.*

الدول المتطورة. فعلى سبيل المثال، ففي سنة 1998 بلغ هذا المؤشر 1,7 طبيب لكل 1000 ساكن في انجلترا، مقابل 3,4 في ألمانيا، 03 في فرنسا. وبالنسبة لمؤشر عدد الأسرة، فنجد 2,4 سرير لكل 1000 ساكن في انجلترا، مقابل 6,6 في ألمانيا، 4,3 سرير لكل 1000 نسمة في فرنسا في نفس السنة[(1)].

1-3-5-1 مضمون الإصلاحات:

لمواجهة كل تلك الاختلالات في عمل الهيأة الوطنية للخدمات الصحية، فقد تم اعتماد تنظيم جديد يهدف إلى إعادة توزيع الأدوار على المستويين المركزي، والمحلي.

- على المستوى المركزي: تحتفظ وزارة الصحة بسلطة أكبر فيما يتعلق بالجوانب المالية، الإستراتيجية، وتحديد الأهداف الوطنية للصحة.
- على المستوى الجهوي والمحلي: فقد حددت الإصلاحات ثلاث مستويات أساسية[(2)]:
  - الهيئات الإدارية للصحة الإستراتيجية: *Strategic Health Authorities (SHA)*
  - المؤسسات العمومية الاستشفائية: *Foundation Trusts (Hospitals)*
  - مؤسسات العلاج الأولي: *Primary care Trusts* .

- **الهيئات الإدارية للصحة الإستراتيجية(*SHA*):** وهي هيآت جديدة، بلغ عددها 28 على مستوى انجلترا، في بداية هذه الإصلاحات الثانية. حيث عوضت الإدارات الصحية للمناطق *(Tistricts Health Authorities)* وينحصر دورها أساسا في عمليات الإشراف دون أن يكون لها الدور المباشر في شراء الخدمات العلاجية.
- **المؤسسات العمومية الاستشفائية *NHS Trusts*** : وهي مجموعة المستشفيات العمومية، التي تتمتع بالشخصية الاعتبارية، واستقلالية مالية.
- **مؤسسات العلاج الأولي *Primary care groups*:** والتي اعتبرت محور الإصلاحات حيث تم إلغاء دور مجموعات الأطباء *(GP Fundholders)* التي كانت مكلفة بشراء العلاج من المستوى الثاني وتعويضها بمجموعات العلاج الأولي. هذه الأخيرة تحولت منذ الفاتح أفريل 2002 إلى اتحادات احتكارية للعلاج الأولي[(3)] *Primary care Trusts*.

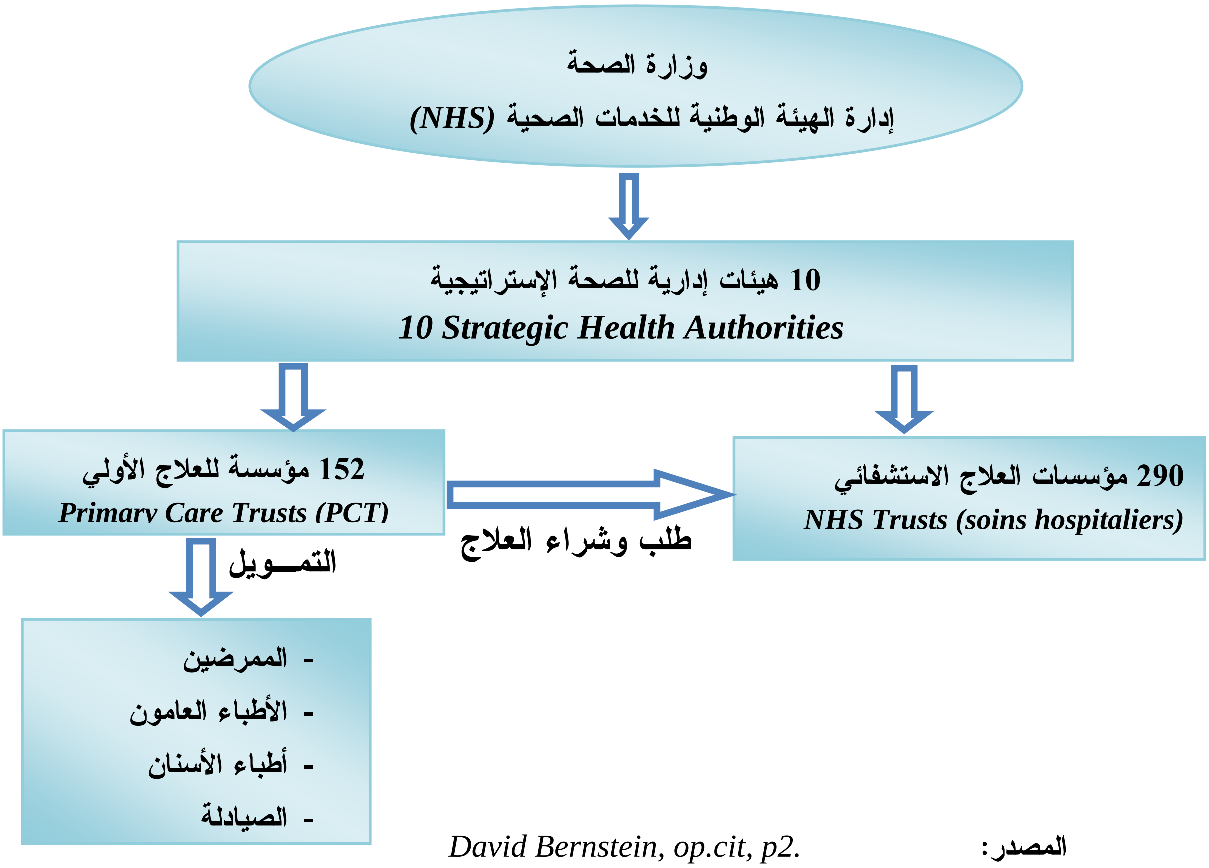
---

(1) *Odile Join- Lambert et florence Lefresne, op. cit, p 85.*
(2) *Patrick Mordelet, op.cit, p170.*
(3) *Carine CHEVRIER-FATOME, op.cit, p 16.*

هذه الهياكل الجديدة، التي بلغ عددها 303 اتحادا في بداية الإصلاحات، تمثل المستوى الجهوي للهيأة الوطنية للخدمات الصحية. وكانت في البداية تغطي كل واحدة 100.000 شخص على الأقل. وتتمتع بسلطة كبيرة، بحكم تسييرها لنسبة تفوق 80% من إجمالي نفقات الهيأة الوطنية للصحة، أي ما يمثل 72,3 مليار جنيه استرليني حسب إحصائيات 2007[1]. تلك الاتحادات يتم تسييرها من قبل مجلس المدراء التنفيذيين *(Baord of directors)* الذي يضم ممثلي الأطباء العامون، الممرضات، المرضى، إضافة إلى الإطارات المسيرة لمؤسسات العلاج الأولي. وتتمتع المؤسسات المذكورة بصلاحيات واسعة في مجال العلاج الأولي والاستشفائي. فهي تتكفل بتنظيم العلاج الأولي من خلال إبرام العقود مع مجمل الأطباء العامّين، وكذا طلب وشراء خدمات العلاج الاستشفائي لمجموع السكان التابعين لها.

كما أشرنا سابقا، ففي بداية إصلاحات حزب العمال، كان هناك 28 هيئة إدارية للصحة الإستراتيجية *(SHA)*، و303 مؤسسة للعلاج الأولي. لينتقل عدد تلك الهياكل في 2006 إلى 10، و152 على التوالي. والشكل الموالي يوضح التنظيم الجديد لمنظومة العلاج في انجلترا.

شكل رقم(09): التنظيم الجديد لمنظومة العلاج حسب إصلاحات حزب العمال في انجلترا.



المصدر: *David Bernstein, op.cit, p2.*

[1] *David Bernstein, op.cit, p 02.*

الشكل السابق يوضح أن مؤسسات العلاج الأولي لا ترتبط مباشرة بالسلطة المركزية، بحيث تلعب الهيئات الإدارية للصحة الإستراتيجية العشرة دور الوسيط، وتكون مسؤولة جهويا عن الأهداف المسطرة على مستوى وزارة الصحة. وكل هيئة*(PCT)* هو هيكل محلي، أصبح يغطي في المتوسط 330.000 نسمة، ومن مهامه[1]:

- الإشراف على 50 عيادة للطب العام، في المتوسط، أي ما يفوق 200 طبيب عام إلى جانب بعض المهنيين المستقلين. حيث يتم التعاقد معهم وتمويلهم.
- تقديم خدمات صحية بشكل مباشر، من خلال عمال أجراء (تقديم العلاج في أماكن الإقامة *Soins infirmiers à domicile* الطب المدرسي، الطب النفسي..).

وكخلاصة لما ذكر، يمكن القول أن مستوى العلاج الأولي، قد شكل حجر الزاوية في المنظومة الصحية البريطانية، وخضوعه للعديد من الإصلاحات منذ التسعينيات. فمن خلال إصلاحات حزب المحافظين في المجال الصحي، وخلق سوق داخلية، اكتسب الأطباء العامون صفة مسيري الأموال *(GP Fundholders)* من خلال الاعتمادات المالية التي تمنحها الدولة، واستعمالها لشراء مختلف الخدمات العلاجية للمرضى المسجلين لديهم.

أما إصلاحات حزب العمال، فقد سعت إلى إعادة توزيع الأدوار على المستويين المركزي والمحلي، والمراجعة الجزئية لمبدأ المنافسة المعتمد. حيث جرى التركيز أكثر على أسلوب التعاون بدلا من المنافسة. مع التذكير أن تلك الإصلاحات لم تغير في المبادئ الأساسية للمنظومة الوطنية للصحة، والمتمثلة في التغطية الشاملة، والمجانية للخدمات العلاجية والإبقاء على مبدأ الفصل بين الفئة المشترية للعلاج، والعارضة له.

وقد سمحت إصلاحات حزب العمال، للمنظومة الصحية الانجليزية، بالاستفادة من ارتفاع غير مسبوق في الموارد المالية المخصصة. حيث تضاعفت ميزانية الصحة منذ سنة 1997، لتصل في سنة 2005 إلى 72 مليار جنيه إسترليني (106,5 مليار أورو)[2]. وسمح ذلك بتحقيق قفزة نوعية في مجال المنشآت الصحية الجديدة، التجهيزات الطبية، تزايد عدد الممارسين، وانخفاض محسوس في خطوط الانتظار. حيث تم بهذا الشأن خلق شراكة بين الهيئة الوطنية للخدمات الصحية *(NHS)* والقطاع الخاص، الذي يعرف نموا في نشاطه. وتكمن هذه الشراكة في إمكانية قيام المستشفيات العمومية، ومؤسسات العلاج الأولي *(PCT)*

---

[1] *David Bernstein, op.cit, p2.*

[2] *Patrick Mordelet, op.cit, p 203.*

بإبرام عقود مع العيادات، ومراكز العلاج الخاصة. كما يمكن للهيئة الوطنية للخدمات الصحية بتمويل العمليات الجراحية التي تجرى على مستوى العيادات الخاصة، وذلك سعيا لتقليل فترات الانتظار للمرضى(1).

وكخلاصة لما تم تناوله، في مجال الحماية الاجتماعية، يمكن توزيع المنظومات الصحية الأوربية إلى مجموعتين كبيرتين(2):

- منظومة وطنية للصحة، والتي تضمن الحصول المجاني على العلاج لمجمل السكان. حيث تكون الدولة مسؤولة عن تنظيم عرض العلاج، والتمويل يتم عن طريق الضرائب (دول الشمال، بريطانيا، ايرلندا، ودول جنوب أوروبا).
- منظومة التأمين على المرض، ويتم التكفل بمجمل نفقات العلاج عن طريق مختلف صناديق التأمين، والتمويل يتم عن طريق الاشتراكات الاجتماعية. عرض العلاج قد يتم جزء منه عن طريق القطاع الخاص (العلاج الجاري *soins ambulatoires*) وجزء عن طريق القطاع العام (حالة المستشفى في فرنسا). وفي حالة أخرى قد يتم تنظيم عرض العلاج أيضا عن طريق صناديق التأمين على المرض، كما هو الحال بالنسبة للمنظومة الصحية الألمانية.

ونظرا لاختلاف أشكال التنظيم والتشريع للمجموعتين السالفتي الذكر، تتباين المشاكل التي تواجهها كل منظومة. فالمشكل الأساسي الذي تعاني منه المنظومة الوطنية للصحة هو ضعف فعاليتها بسبب ضعف مستويات التمويل، كما رأينا، وكذا قوائم الانتظار الطويلة التي تميز هذه المنظومة. في حين تشكو منظومة التأمين على المرض من ارتفاع حجم النفقات الصحية، وعدم التحكم فيها، إضافة إلى العجز المالي الذي أصبح يطبع عمل مختلف صناديق التأمين على المرض. وهو ما استوجب جملة من الإصلاحات الرامية لتخفيف مستويات العجز المالي، ومحاولة ترشيد النفقات الصحية بشكل عام.

1-6 المنظومة الصحية الحرة (الولايات المتحدة الأمريكية):

تعتبر الصحة في الولايات المتحدة الأمريكية سوقا حرة، تتميز بغياب نظام وطني إجباري وشامل للتأمين على المرض. حيث ترتكز المنظومة الصحية بالأساس على القطاع

(1) *Le système de santé britannique : www.ladocumentationfrancaise.fr*. le 20/06/2009.
(2) *Bruno Palier, Gouverner la sécurité sociale, les réformes du système français de protection sociale depuis 1945, Presses Universitaires de France, 2002, p 245.*

الخاص، في مجال التمويل، وتقديم العلاج. في حين لا تخضع الصناعة الصيدلانية إلى أية رقابة على الأسعار. لذلك تنفرد مثل هذه المنظومة بنفقاتها المرتفعة، وأشكال تغطية متميزة ومتشعبة تختلف بحسب السن، والوضعية الاقتصادية، مع هيمنة واضحة للقطاع الخاص.

وقد بلغت حصة النفقات الصحية من الناتج الداخلي الخام، في الولايات المتحدة الأمريكية 15,3% في سنة 2006، وهو ما يعادل تقريبا ضعف ما هو مخصص في دول منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية *(OCDE)* أين بلغ المعدل 8,9% في نفس السنة. وكما هو الشأن بالنسبة للعديد من الدول الصناعية، فقد عرفت النفقات الصحية الأمريكية معدلات نمو تجاوزت تلك المسجلة في الناتج الداخلي الخام.

جدول رقم (08): معدل النمو السنوي الحقيقي للنفقات الصحية في بعض الدول الصناعية

	2001-2000	02-2001	03-2002	04-2003	05-2004	2006-2005
ألمانيا	2,7	1,9	1,3	-1,2	1,8	1,8
فرنسا	3,2	4,1	غ م	3,5	3,1	1,6
و م أ	6,1	7,2	5,8	3,9	3,2	3,5
المملكة المتحدة	5,7	4,5	غ م	7,3	3,9	5,4

المصدر: *Eco-Santé OCDE 2008, Juin 2008.*

توضح معطيات الجدول أعلاه النمو الذي عرفته النفقات الصحية في انجلترا أيضا والتي تدعم كما ذكرنا، توجهات حكومة حزب العمال التي قررت في إصلاحاتها، رفع مستوى النفقات الصحية إلى المتوسط السائد في دول منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية.

إن الملاحظة الأولى التي يمكن استخلاصها، هي الدور المحدود للدولة في ضبط المنظومة الصحية، رغم البرامج التي حاولت الدولة الفدرالية بعثها منذ القرن الماضي. ويرجع السبب بالأساس إلى الضغوطات التي مارستها النقابات، وخاصة جمعية الأطباء الأمريكية *(American Medical Association)* التي تعتبر من أقوى النقابات التي عارضت أي تدخل للدولة. هذه النقابات تتحمل مسؤولية كبيرة فيما يتعلق بإفشال المحاولات المستمرة لبعث إصلاحات شاملة، ومن خلالها التحكم في التكاليف(*).

إن التأمين على المرض في الولايات المتحدة لا يعتمد على تغطية شاملة لمجمل السكان، ولا على تمويل عمومي من خلال الاقتطاعات الإجبارية. بحيث نسجل ثلاثة مستويات للتغطية اثنان منهما تابعين للقطاع العام، حيث شهدت سنة 1965 ميلاد البرنامجين الفدراليين، وهما:

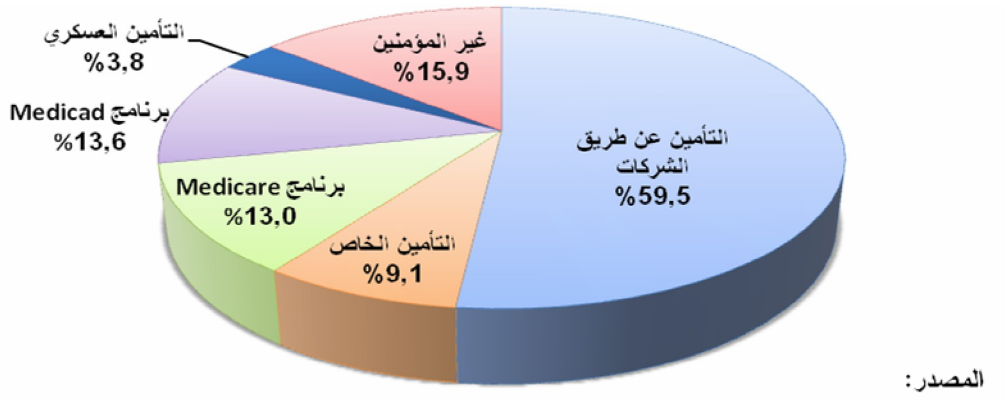
(*) لمعلومات أكثر حول هذه النقطة، أنظر: *Anne Laurence Le Faou, op. cit, pp 27-32.*

- التأمين على المرض للأشخاص المسنين (أكثر من 65 سنة)، والمعاقين، والمعروف ببرنامج الرعاية الطبية *Medicare*.
- برنامج الرعاية الطبية المجانية للفقراء، في إطار برنامج المساعدة الطبية *Medicaid*. وهناك برامج خاصة أخرى موجهة لقدماء المحاربين، وبرامج التأمين للأطفال الذي تم وضعه في سنة 1997 لتحسين مستويات التغطية لهذه الفئة.

أما المستوى الثالث فهو التأمين الخاص الذي تمنحه المؤسسات الاقتصادية لعمالها بصورة اختيارية، هذا التأمين مرتبط أساسا بالعمل، ويتم التمويل عن طريق أرباب العمل، والعمال أنفسهم. إضافة إلى وجود التأمين الخاص في إطار عقود التأمين الفردية.

ويلاحظ من خلال إحصائيات سنة 2005 أن نسبة 15,9% من الأمريكيين لا تستفيد من أي تأمين على المرض، وهو ما يعادل 47 مليون أمريكي. وهو ما يوضحه الشكل الموالي.

شكل رقم (10) : مصادر تمويل التأمين على المرض في الولايات المتحدة الأمريكية (2005)[1]:



المصدر:
Jean-Marc Lucas, Système de santé américain: pronostic vital réservé (sans intervention), revue Conjoncture, Janvier 2007, p 04.

1-6-1 برنامج الرعاية الطبية *Medicare* :

وهو عبارة عن برنامج فيدرالي تم اعتماده في سنة 1965، يهدف إلى ضمان تغطية صحية قاعدية للأشخاص المسنين (أكثر من 65 سنة). ومنذ 1972 تم إدراج فئة الأشخاص المعاقين، غير القادرة على ممارسة أي نشاط. والأشخاص المعنيون بإمكانهم الاستفادة من هذا البرنامج دون اعتبار لعامل السن أو الدخل. ويعتبر برنامج *Medicare* التأمين الاجتماعي الوحيد الذي يتم تمويله على قاعدة الاشتراكات الاجتماعية الإجبارية(2).

[1] النسب ليست مساوية لـــ 100%. فهناك أشخاص يستفيدون من تغطية متعددة، على سبيل المثال *Medicare* و*Medicaid* في نفس الوقت.

(2) *M. Gilles DUHAMEL, Le système de santé et d'assurance maladie américain ; action avec les médecins concernant la qualité des soins et la régulation des dépenses en ambulatoire, Inspection*

برنامج *Medicare* الذي يشمل 42 مليون أمريكي، بلغت قيمة نفقاته المخصصة 309 مليار دولار في سنة 2004. أي ما يعادل 2,6% من الناتج الداخلي الخام، وقيمة 7700 دولار للفرد في المتوسط من نفس السنة[1]. في حين لم تتعد نفقات هذا البرنامج في سنة 1999 قيمة 220 مليار دولار من إجمالي النفقات الصحية التي قدرت بـــ 1228,5 مليار دولار[2]. وهو ما يطرح إشكالية التوازن المالي لهذا البرنامج الفيدرالي، في ظل تزايد فئة المسنين التي تعتبر الأكثر استهلاكا، ومن ثم ارتفاع أعباء التكفل بنفقات علاجها. لذلك تركز شركات التأمين الخاصة نشاطها على الأشخاص النشطين وتتهرب من التكفل بالأطفال والمسنين.

ويتضمن برنامج التأمين الموجه للمسنين والمعاقين ثلاثة مستويات[3]:

- المستوى الأول يتعلق بالتأمين الاستشفائي *(Hospital Insurance)* الخاص بالدخول إلى المستشفى، وهو تأمين إجباري، ويتم تمويله من خلال الاشتراكات الاجتماعية الموزعة مناصفة بين العامل ومؤسسته. ويغطي هذا التأمين النفقات الاستشفائيـــة ولكن بصورة جزئية. بحيث أن عدد الأيام الاستشفائية التي يتم تغطيتها هي 150 يوما، مع مشاركة يومية من طرف المريض بداية من الشهر الثاني. في حين أن الإقامة في مراكز النقاهة فهي أيضا محددة بـــ 100 يوم.
- المستوى الثاني هو تأمين إضافي اختياري *(Supplémentary Medical Insurance)*

ويتم تمويله من قبل المستفيدين (25%)، والباقي (75%) يقع على عاتق الميزانية الفيدرالية. ويتعلق هذا التأمين الاختياري بتسديد النفقات الصحية التي تمت خارج المستشفى. أي الفحوصات الخارجية لدى الأطباء، والتحاليل المخبرية. ويمكن للفئات المستفيدة من المستوى الأول أن تتعاقد للاستفادة من خدمات المستوى الثاني.

- المستوى الثالث، تم التصويت عليه في سنة 2003، ويتعلق الأمر بالتعويض الجزئي للأدوية المحررة في إطار الفحوصات التي تتم خارج المستشفى. هذا الإجراء أصبح ساري المفعول بداية من سنة 2006. مع التذكير أن تمويل هذا المستوى يتم عن طريق المستفيدين (أقل من 25%)، والباقي من الميزانية الفيدرالية.

Générale des Affaires Sociales (IGAS), France, rapport n°073, Avril 2002, p 10.

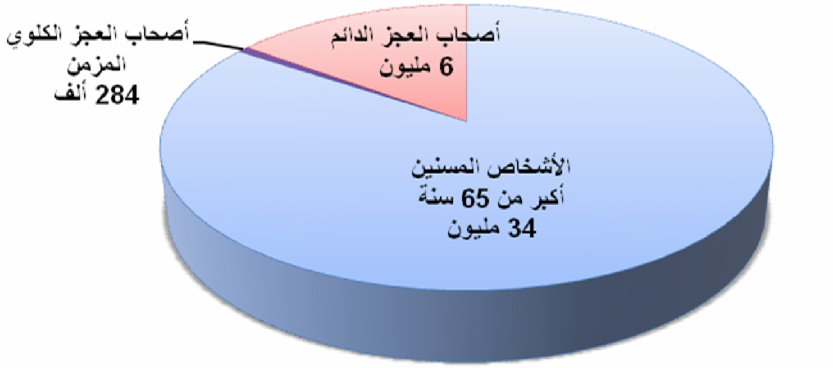
(1) *Jean-Marc Lucas, op.cit, p 4*

(2) *Sandrine Chambareteaud et Diane Lequet – Slama et Victor G. Rodwin, couverture maladie et organisation des soins aux Etats unis, revue DREES. Etudes et résultats, N° 119, juin 2001, p 04.*

(3) *Catherine SAUVIAT, la crise chronique du système de santé américain, revue de l'IRES, N° 46,2004, p9*

والجدير بالذكر أن النفقات الصيدلانية الناشئة خارج المستشفى، لم تكن تؤخذ بعين الاعتبار من قبل برنامج *Medicare*. وقد كانت هناك عدة مشاريع قوانين متعلقة بتعويض هذه الأدوية الموصوفة، لكن الصناعة الصيدلانية كانت ضد تلك المشاريع، خوفا من أن تضع الدولة آليات لمراقبة الأسعار، والحد من نمو النفقات الصيدلانية[1]. وهو ما جعل غالبية المستفيدين من هذا البرنامج يلجؤون إلى تأمينات تكميلية لتغطية جزء من تكاليف الأدوية المحررة. ويمكن توضيح الفئات المستفيدة من هذا البرنامج الحكومي من خلال معطيات الشكل الموالي.

شكل رقم (11): توزع عدد المستفيدين من برنامج *Medicare*



المصدر: *M. Gilles DUHAMEL, op. cit, p 10.*

ويتكفل هذا البرنامج بالنفقات الاستشفائية الخاصة بالعلاج القصير والمتوسط المـــدى في حين أن العلاج الطويل المدى، وكذا النفقات الطبية خارج المستشفى، تبقى على عاتق المريض. وبإمكان هؤلاء المعاقين الاستفادة من البرنامج الثاني *Medicaid* (مع مراعاة لمستوى دخلهم) والذي يتكفل بالعلاج الطويل الأجل ومجمل النفقات المتعلقة بالعلاج الأولي. إن الأشخاص الفقراء والمسنين يستفيدون من برنامج الرعاية الطبية *Medicare* ويحصلون على التغطية الإضافية التي يمنحها برنامج المساعدة الطبية *Medicaid* فيما يتعلق بالتكاليف الخاصة بالتذكرة المعدلة، الأدوية المحررة في الوصفات الطبية، والعلاج الطويل الأجل.

1-6-2 برنامج المساعدة الطبية المجانية *Medicaid*: (التمويل عن طريق الضرائب)

إن برنامج *Medicaid*، كما ذكرنا، موجه للأسر الفقيرة، أخذا بعين الاعتبار لمستويات الدخول. ففي سنة 1999، استفاد من هذا البرنامج 33 مليون شخص، أي ما يعادل 11% من إجمالي السكان، وبكلفة إجمالية بلغت 190 مليار دولار، مما مثل (12%) من مجموع النفقات

(1) *Sandrine Chambareteaud et autres, op. cit, p 4.*

الصحية[1]. وانتقلت نفقات هذا البرنامج إلى 293 مليار دولار في سنة 2004 مما مثل نسبة 2,5% من الناتج الداخلي الخام[2].

ويغطي برنامج *Medicaid* شبكة واسعة من الخدمات الطبية. بحيث أن القانون الفيدرالي يفرض التكفل بنفقات الإقامة في المستشفيات، الفحوصات الطبية، مختلف التحاليل المخبرية والعلاج الطويل الأجل، خدمات الطب الوقائي للأشخاص الأقل من 21 سنة[3]. أما التكفل بالأدوية، وطب الأسنان فقد تركت لتقديرات كل ولاية.

شرط الاستفادة من برنامج الرعاية الطبية المجانية هو إثبات الحصول على دخل يقل عن مستوى عتبة الفقر، والذي يتم تحديده سنويا، أخذا بعين الاعتبار لمستوى الأسعار وتركيبة الأسر. ففي سنة 1999 حدد مستوى عتبة الفقر بمبلغ 8667 دولارا سنويا للفرد الواحد، ومبلغ 13290 دولار لأسرة تحتوي على 3 أفراد[4]. هذا المستوى حدد في سنة 2004 بمبلغ 9310 دولار للفرد الواحد كدخل سنوي خام. أي 776 دولارا أمريكيا كدخل شهري خام[5].

خارج تلك الشروط المذكورة أعلاه، تحتفظ الولايات ببعض الحرية في إمكانية توسيع معايير الاستفادة من برنامج الرعاية الطبية لمواطنيها. ومنذ 1997 سعت الدولة من خلال برنامج فدرالي[6]، إلى تخصيص موارد مالية للولايات، لتشجيعها على توسيع معايير الاستفادة من برنامج *Medicaid* لتحسين مستويات التغطية الصحية للأطفال.

إن تمويل برنامج الرعاية الطبية المجانية يتم تقاسمه بين الحكومة الفيدرالية والولايات الأمريكية. مع ملاحظة أن مساهمة الحكومة الفدرالية تكون مرتفعة أكثر في الولايات المحرومة، لمحاولة تصحيح بعض الاختلالات المالية بين المناطق. بحيث أن مساهمة الدولة تتراوح بين (50% و83%) في تمويل هذا البرنامج بالنظر للإمكانيات المالية للولايات. وتقوم وزارة الصحة بتصور المخطط العام، في حين تتكفل كل ولاية بتسيير برنامجها الخاص وتسديد أتعاب مقدمي الخدمات العلاجية. وأصبحت النفقات المترتبة على هذا البرنامج تشكل عبئا ماليا كبيرا على الولايات في مجال التكفل بالمستفيدين والعلاج الطويل الأجل (بعض

---

(1) *Sandrine chambaretaud, et autres, op. cit, p 5.*
(2) *Jean-Marc Lucas, op. cit, p 4.*
(3) *Anne Laurence Le Faou, op. cit, p 61.*
(4) *Sandrine chambaretaud, et autres, op. cit, p 5.*
(5) *Catherine SAUVIAT, la crise chronique du système de santé américain, op.cit,p 10.*
(6) *State Children Health Insurance Program.*

الولايات تحتوي على عدد كبير من محدودي الدخل). بحيث وجدت نفسها في وضعية مالية صعبة، بفعل السياسة الحكومية المتعلقة بتخفيض الضرائب. وأصبح برنامج *Medicaid* يمتص 20% من نفقاتها، أي المرتبة الثانية بعد نفقات التعليم(1). هذا الوضع جعل معظم الولايات تتخذ إجراءات فيما يتعلق بشروط الاستفادة، وكذا حجم الخدمات المقدمة (قائمة الأدوية، تكلفة المكوث بالمستشفى..).

وتجدر الإشارة إلى أن الجزء الأكبر من نفقات هذا البرنامج الفيدرالي، مخصص للتكفل بالأشخاص المسنين والمعاقين، على اعتبار أنه يتكفل بالعلاج الطويل الأجل غير المغطى من قبل البرنامج الفيدرالي للتأمين على المرضى *(Medicare)*.

ومما سبق، يمكن القول أن مجمل المعايير المعتمدة تحرم نسبة كبيرة من الفقراء، الذين لا يمكنهم الاستفادة من برنامج المساعدة الطبية المجانية، على اعتبار أن التكفل بالنفقات الصحية يقتصر فقط على الفئات المذكورة سابقا. فمستوى الدخل يعتبر أحد المعايير المحددة للاستفادة من برنامج المساعدة الطبية المجانية *Medicaid*. وعليه فإن نسبة معتبرة من السكان ذوي الدخول المنخفضة لا يمكنهم الاستفادة من مزايا هذا البرنامج. فالعائلات بدون أطفال، الأفراد الذين يعيشون منفردين، الشباب البالغ من العمر أكثر من 19 سنة فئات لا يمكنها، وفق هذه الشروط والمعايير، الاستفادة من برنامج *Medicaid*، بغض النظر عن مستويات دخولهم. وفي محاولة لتجاوز هذه الاختلالات، فقد لجأت بعض الولايات إلى وضع برامج خاصة بها للتكفل بالأشخاص الذين ليس باستطاعتهم الاستفادة من هذه التغطية الصحية، ولا يمكنهم أيضا اللجوء إلى التأمين الفردي لضعف إمكانياتهم المالية.

وكما رأينا فإن البرنامجين الحكوميين *(Medicaid - Medicare)* يغطيان نسبة تفوق قليلا ربع السكان. كما بلغت النفقات العمومية 7,0% من الناتج الداخلي الخام في سنة 2006 وهي نسبة قريبة من تلك المسجلة في العديد من الدول الصناعية. أما الارتفاع الذي تعرفه النفقات العمومية للصحة، فيرجع بالأساس إلى تزايد عدد المسجلين، والتكلفة المتوسطة لكل مستفيد. خصوصا إذا ما ربط ذلك بخصوصية الفئات المستفيدة من البرنامجين الحكوميين (الأشخاص المسنين، والفقراء) وخاصة برنامج *Medicaid*. وبالإضافة إلى ما ذكر، فإن

---

(1) *Jean-Marc Lucas, op. cit, p 4.*

تزايد الضغط على النفقات العمومية يجد تفسيره أيضا في ارتفاع أقساط التأمين، ومن ثم التراجع المسجل في مستويات التغطية التي تضمنها المؤسسات لعمالها.

1-6-3 التأمينات المرتبطة بالعمل:

تمثل التأمينات على المرضى المرتبطة بالعمل، الأسلوب الأكثر استعمالا، بحيث تشمل تقريبا ثلثي السكان الأقل من 65 سنة. في حين لا تمثل التأمينات الفردية سوى 9,1%. المؤسسات باختلاف أحجامها، ليست ملزمة باقتراح التأمين على المرض لمستخدميها وللعمال الحرية أيضا في قبول أو رفض الانضمام إلى برامج التأمين المقترحة عليهم. في الفترة بين (1993–2001)، ومن خلال الوضع الاقتصادي الملائم، عملت المؤسسات على منح هذه الإمكانية لمحاولة جذب العمال (المؤهلين خاصة) والإبقاء على مستخدميها.

وإذا كانت نسبة الإجراء المؤمنين قد ارتفعت في القطاع العمومي (87,2%)، فإنها تتفاوت في القطاع الخاص تبعا لحجم المؤسسة. فالمؤسسات الخاصة التي تستخدم أكثر من 1000 عامل، تمنح مستويات تغطية قريبة من تلك المسجلة في المؤسسات العمومية 81%. وتتناقص في المؤسسات الصغيرة التي تستخدم أقل من عشرة عمال. حيث تبلغ النسبة بها 50,1%[1]. إضافة إلى هذا، يسجل تفاوت في مستويات التغطية داخل نفس المؤسسة تبعا لعدة اعتبارات منها: عامل الأقدمية، السن، المستوى التأهيلي، ومستوى الأجور. فالمؤسسات عادة ما تمنح إمكانية قليلة للتأمين بالنسبة لأصحاب الأجور المنخفضة.

وقد شكلت المستويات المرتفعة للنفقات الصحية، وأقساط التأمين المتزايدة، ضغطا ماليا متواصلا على المؤسسات الاقتصادية، الأسر، والقطاع العام. وبالنظر لهذه الوضعية، فقد عملت مختلف المؤسسات على تقليل الآثار السلبية، ومحاولة تعويض ارتفاع الأجور غير المباشرة (أقساط التأمين) بالضغط على تطور مستوى الأجور المباشرة. ولتخفيف تلك الآثار السلبية، فقد تم اللجوء إلى وسائل مختلفة[2]:

- تخلي بعض المؤسسات جزئيا أو كليا عن التغطية الصحية الممنوحة إلى عمالها وبالأخص المتقاعدين منهم. حيث تشير الإحصائيات إلى أن 61% من المؤسسات اقترحت تأمينا صحيا لعمالها في سنة 2006، بعد أن كانت هذه النسبة تقدر بـــ 69% في سنة 2000. مع التذكير هنا بالتراجع الكبير الذي عرفته التغطية الصحية

(1) *Catherine Sauviat, Etat- Unis ; un système de santé en crise... Bien que privatisé, op. cit, P 19.*
(2) *Jean-Marc Lucas, op. cit, p 09.*

للمتقاعدين. حيث إن 35% من المؤسسات التي توظف أكثر من 200 عامل تقوم بمنح تغطية صحية لعمالها المتقاعدين، بعد أن بلغت نسبة 66% في سنة 1998.

- لجوء البعض من المؤسسات إلى رفع المساهمة المالية للأجراء، أو تعزيز شروط الاستفادة من مزايا التأمين الممنوح (عامل الأقدمية، نوع عقود العمل..).
- قد تلجأ بعض المؤسسات، في محاولاتها لتخفيف أثر ارتفاع التكاليف الصحية، إلى الحد من ارتفاع الأجور المباشرة المسددة للعمال. حيث يتم اعتبار أقساط التأمين كجزء من التكلفة الإجمالية للأجور.

وقد أدت تلك الإجراءات المتخذة إلى تراجع مستمر لنسبة الأمريكيين المؤمنين من خلال مؤسساتهم. فعلى سبيل المثال انخفض عدد المستفيدين في سنة 2002 بـــ 1,3 مليون شخص ليستقر عددهم في 175 مليون شخص. في حين تزايد عدد السكان الإجمالي في نفس السنة بواقع 3,9 مليون نسمة[1]. وقد انتقلت نسبة السكان المؤمنين من خلال مؤسساتهم من 70,1% في سنة 1987، إلى 59,5% في سنة 2005، مثلما يوضحه الجدول الموالي.

جدول رقم (09): نسبة الأمريكيين المؤمنون من طرف المؤسسات.

	1987	2000	2001	2002	2003	2005
نسبة التغطية (%)	70,1	63,6	62,6	61,3	60,4	59,5

المصدر: تم إعداد الجدول اعتمادا على المراجع التالية:

- *Catherine SAUVIAT, la crise chronique du système de santé américain, op.cit,P 08.*
- *Jean-Marc Lucas, op. cit, p 4.*
- *Paul Rosenberg, à la santé des américains ; les risques de la privatisation, édition Les empêcheurs De penser en rond / Le seuil, Paris, 2003, p 46.*

إضافة إلى ما ذكر فإن الفرد بإمكانه اللجوء إلى التأمين على المرض بشكل منفـــرد وفي هذه الحالة يتم تحديد أقساط التأمين وفق خصوصيات الفرد عكس التأمين الجماعي. بحيث يتم حساب تلك الأقساط أخذا بعين الاعتبار لعوامل عديدة (السن، الجنس، الحالات المرضية السابقة..). والشخص الذي يريد الاستفادة من هذا التأمين الفردي يخضع لفحوصات طبية مسبقة، وأخذ صورة عن وضعيته الصحية. وهذا ما يفسر الدور المحدود لهذا النوع من التأمين بحكم اعتماده على معطيات شخصية، بالإضافة إلى ارتفاع الأقساط المقترحة تبعا للحالة المرضية التي يكون عليها الفرد.

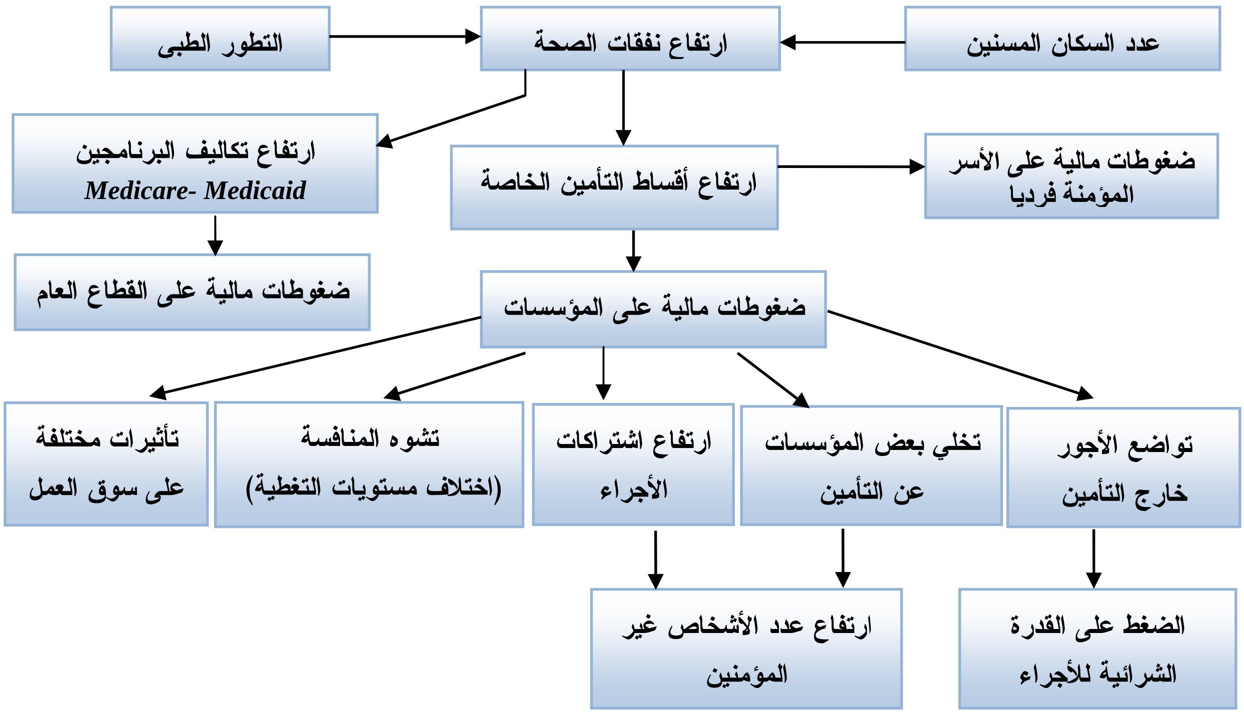
---

(1) *Paul Rosenberg, à la santé des américains, op. cit, p 46.*

وقد كان لتراجع مستويات التغطية التي تضمنها المؤسسات لعمالها، تأثيرات سلبية في تزايد نسبة الفئات المحرومة من مزايا التأمين. ورغم الجهود التي بذلتها البرامج الحكوميـــة وخاصة برنامج *Medicaid*، لاحتواء الفئات المستبعدة، فإنها لم تستطع تخفيف الآثار الناجمة عن التراجع المسجل في مستويات التغطية التي تمنحها المؤسسات لمختلف موظفيها.

فقد ارتفع عدد الأمريكيين، غير المستفيدين من مزايا التأمين على المرض، إلى 43,6 مليون فرد في سنة 2002، بزيادة بلغت 2,4 مليون فرد عن ما شهدته سنة 2001[(1)]. لينتقل عدد هذه الفئة، كما ذكرنا، إلى 47 مليون فرد في سنة 2005، وهو ما يمثل 15,9% من إجمالي عدد السكان. وكل هذه المعطيات توضح العيوب التي تعاني منها المنظومة الصحية الأمريكية رغم التطور الطبي المسجل، وكذا النسبة الكبيرة للنفقات الصحية المخصصة من الناتج الداخلي الخام.

شكل رقم (12): القيود التي تواجهها المنظومة الصحية الأمريكية



المصدر: *Jean-Marc Lucas, op. cit, p 10.*

وكما تمت الإشارة إليه، فإن للمؤسسات الاقتصادية في الولايات المتحدة الأمريكية دورا أساسيا في ضمان التغطية الطبية لعمالها. ونظرا للارتفاع المستمر في أعباء النفقات

(1) *Paul Rosenberg, op.cit, p 45.*

الصحية، والأقساط المسددة، فقد لجأت شركات التأمين المتنافسة، منذ السبعينيات، إلى اعتماد نظام جديد في إدارة ومراقبة العلاج (*Managed care*). والذي يمكن تعريفه بأنه:

كل نظام تمويل و/أو توزيع منظم، يهدف إلى مراقبة استعمال المصالح الصحية، سعيا لاحتواء التكاليف، وتحسين نوعية الخدمات[1].

ويعتبر شكلا متميزا للشراكة بين الجهات الممولة (شركات التأمين)، ومقدمي العلاج عبر تحديد الآليات، ومختلف الأشكال التعاقدية، لضمان عرض تشكيلة متكاملة من الخدمات الصحية، والسعي للتحكم في ارتفاع التكاليف، تفعيل عرض العلاج، ومراقبة مستويات الاستهلاك، دون إغفال عاملي التكاليف والنوعية. وقد تم توسيع استعمال هذا الأسلوب لاحقا ليشمل التأمين الفردي، والبرنامجين الحكوميين (*Medicaid, Medicare*).

مع التذكير أن شبكات إدارة ومراقبة العلاج (*Managed care organizations*) قد أصبحت الأسلوب الأكثر استعمالا في الولايات المتحدة الأمريكية.

1-6-4 التنظيمات المتبعة في شبكات إدارة ومراقبة العلاج (*MCO*):

تحتوي هذه الشبكات على نماذج تختلف فيما بينها من حيث أساليب التنظيم، التسيير تشكيلة العلاج المقترحة، درجة حرية الممارسة الطبية، وكذا الأفراد التابعين لها، والدور الذي تلعبه شركات التأمين في تسيير العلاج . ويمكن إبراز هذه الأشكال والنماذج كما يلي:

1-6-4-1 منظمات صيانة الصحة: *HMO (Health Maintenance Organizations)*

تعود أولى أشكال هذه المنظمات تاريخيا للمؤسسات الاقتصادية الكبرى التي قامت بإنشاء مراكز للعلاج، ومستشفيات لعمالها. واعتبرت الأشكال الأولى شبكات علاج مغلقة ومتكاملة، تمتلك مستشفياتها، وتسدد أتعاب أطبائها، ولا تتكفل سوى بالمرضى المنخرطين لديها[2]. ليتم تدريجيا فتح هذه المنشآت الصحية لمجموع السكان. ويمكن اعتبارها نموذجا متكاملا لتأمين تقديم العلاج، حيث يقترح هذا النوع من التنظيمات شبكة كاملة من الخدمات شريطة تسديد أقساط ثابتة تدفع مسبقا[3]. فضمان الخدمات العلاجية يتم في ظل ميزانية

---

(1) *Denis – clair Lambert, les systèmes de santé, Analyse et évaluation comparée dans les grands pays industriels, op. cit, p 456.*

(2) *Dominque POLTON, La concurrence par le financement fonctionne-t-elle? L'expérience des HMO aux USA, revue d'économie financière, N° 76, novembre 2004, p 73.*

(3) *W. Newbbander, R. Eichler, le manged care aux Etats- unis: son histoire, ses modalités et son avenir, les innovations récentes en matières de politique de santé dans la sécurité sociale, éditions scientifiques européennes, Bern 2002, p 105.*

محددة لذلك تشكل الوقاية والتربية الصحية عناصر أساسية باعتبارها استثمارا طويل الأجل في تخفيض حجم النفقات. وقد استمدت تسميتها من هذا المنطلق، بحيث تسعى للمحافظة على صحة المؤمنين لديها، تفاديا للتكاليف المستقبلية المرتبطة بالعلاج.

وتعتبر المشاركة المالية للمرضى محدودة جدا، وفي غالب الأحيان منعدمة خصوصا في العلاج الاستشفائي. وفي مقابل ذلك يلتزم المريض بإجراء الفحوصات الطبية لدى الممارسين التابعين لهذه المنظمات، أو المتعاقد معهم، مع استثناء للحالات الاستعجالية. وعليه فإن الفرد المعني ملزم بالتسجيل لدى أحد الأطباء، الذي يكون مسؤولا عن إجراء الفحوصات اللازمة، وتوجيه المريض نحو الأخصائي، أو العلاج الاستشفائي (المستوى الثاني). وفي حالة استشارة طبيب خارج شبكة العلاج المقترحة، يصبح المريض ملزما بتسديد النفقات المترتبة عن علاجه.

في هذه المنظمات يمكن استنتاج أربعة نماذج كبيرة[1]، وذلك بحسب وضعية الأطباء والتنظيم الإداري المعتمد في تقديم العلاج:

- **النموذج الأول: نموذج المستخدمين (*Staff Model*):**

ويعتبر من أقدم النماذج، وأكثرها تكاملا. حيث تم إنشاؤه بمبادرة من شركات التأمين والمؤسسات. وتستعمل المنظمة مباشرة أطباءها على أساس قاعدة الأجور. مع امتلاكها لمراكز العلاج الأولي ومستشفياتها الخاصة. والأطباء يعملون في مجموعات متعددة الاختصاصات.

- **النموذج الثاني: نموذج المجموعة (*Group Model*):**

تقوم المنظمات بإبرام عقود مع الأطباء الذين عادة ما ينتظمون في شكل مجموعات متعددة الاختصاصات. ويحصل هؤلاء الأطباء على مستحقاتهم حسب عدد المرضى المسجلين لديهم مقابل الخدمات العلاجية المقدمة[2]. بمعنى أن أتعابهم غير مرتبطة بعدد الفحوصات المنجزة. وأن المريض هنا ملزم بالعلاج فقط داخل هذه الشبكة. وفي هذا النموذج قد يتم اللجوء إلى إبرام العقود مع المستشفيات ومخابر التحاليل المستقلة والتي عادة ما تكون مرتبطة بعقود مع العديد من منظمات صيانة الصحة *(HMO)*[3].

---

(1) *Sandrine Chambaretaud et autres, op.cit. p 09.*
(2) *à la capitation*
(3) *M. Gilles DUHAMEL, op. cit, p 26.*

- **النموذج الثالث: جمعية الممارسين المستقلين*(Independant Practice Association)***

عادة ما يتم إنشاء مثل هذا التنظيم بمبادرة من الأطباء فيما يعرف بجمعية الممارسين المستقلين. حيث تقوم المنظمات بإبرام عقود مع أطباء مستقلين يمارسون نشاطهم في العيادات. وتسدد لهم مستحقاتهم عن كل فحص يجرى للمرضى التابعين لهذا النوع من المنظمات. وبإمكان هؤلاء الأطباء المستقلين التواجد في مجموعات، ومناقشة إمكانية الحصول على الأتعاب حسب عدد المسجلين لديهم. مع الإشارة هنا بأن زبائن هذه المجموعات الطبية لا يقتصرون فقط على المنخرطين في منظمات صيانة الصحة

- **النموذج الرابع: النموذج الشبكي *(Network Model)*:**

في هذا الشكل التنظيمي، تقوم شركات التأمين بإبرام عقود مع الأطباء المنتظمين في مجموعات على مستوى العيادات، وكذا مع الأطباء المستقلين المتجمعين حسب النموذج الثالث *(IPA)*.

وبعد أن كانت منظمات صيانة الصحة *(HMO)*، هي الشكل التنظيمي الأكثر تواجدا، فقد تراجعت حصتها في السوق الأمريكية من 60% في سنة 1988، إلى 25% سنة 2001[1]. فاسحة المجال أمام شبكات التنظيم الأكثر انفتاحا.

1-6-4-2 المنظمة المانحة ذات الأولوية: *Prefered provider organization (PPO)*

لقد أصبح هذا النوع من شبكات العلاج الأكثر انتشارا، من خلال السعي للتوفيق بين تسيير شبكات العلاج، والممارسة الحرة. بحيث يرتكز على تعاقدات انتقائية بين شركات التأمين ومقدمي العلاج (أطباء، مستشفيات) تقضي بالتزام هؤلاء بتطبيق التسعيرات التي يتم مناقشتها على زبائن هذا التنظيم. ويحصلون على أتعابهم حسب عدد الفحوصات *(à l'acte)*. مع الإشارة إلى أن المبالغ المسددة لهم تكون في الغالب أحسن من تلك المسددة في التنظيم الأول. وبإمكان مقدمي العلاج في هذه الحالة الاحتفاظ بزبائنهم غير المنتمين لشبكات العلاج. أما المرضى فيتم تحفيزهم ماديا لإجراء الفحوصات اللازمة لدى الأطباء المتعاقد معهم (تخفيض تسعيرة الفحص بنسبة تتراوح بين 30% إلى 50% من التسعيرة الاعتيادية)[2]. وعلى عكس التنظيم الأول، يمنح هذا النوع من التنظيم حرية أكبر للمريض

[1] *Dominque POLTON, La concurrence par le financement fonctionne-t-elle? L'expérience des HMO aux USA, op. cit, p 74.*
[2] *M. Gilles DUHAMEL, op. cit, p 27.*

والذي لا يكون ملزما بطلب العلاج فقط عبر الشبكة المقترحة، أو المرور بالطبيب المسؤول عن العلاج الأولي للحصول على الموافقة باستشارة الأخصائي. فإذا رغب المريض في استشارة ممارسين خارج الشبكة، فسيكون ملزما في هذه الحالة بتمويل جزء من التكاليف المترتبة عن علاجه.

1-6-4-3 تلقي الخدمة حسب المكان *Point Of Service (P O S)*:

هذا النموذج هو مزيج بين النوعين السابقين. بحيث إن المريض بإمكانه الاختيار بين تلقي الفحص عبر شبكة العلاج المقترحة عليه من قبل شركة التأمين (قائمة الأطباء المستشفيات) أو الخروج من هذه الشبكة وطلب علاج خارجي. بعبارة أخرى فإن المريض ملزم باختيار الطبيب العام، مع إمكانية الفحص لدى أخصائي من اختياره، والذي قد يكون خارج شبكة العلاج، مع تحمله للجزء الأكبر من تكاليف علاجه.

إن التنسيق بين الوظيفة التمويلية وحجم الخدمات الصحية المقدمة يعتبر من خصوصيات شبكات العلاج المنظم. حيث تجمع هذه الشبكات بين متطلبات الفئات الثلاث المعنية (مقدمي العلاج، شركات التأمين، الأفراد المؤمنين). وانطلاقا من أن أي فئة لا تستطيع بمفردها تحديد نوعية وتكاليف الخدمات الصحية، فإن نجاح أي شبكة علاج يتوقف على التعاون المنسق بين مختلف تلك الفئات، سعيا لضمان النوعية والتحكم في التكاليف المترتبة.

ومع ظهور شبكات إدارة ومراقبة العلاج، السالفة الذكر *(M C O)*، فإن نمط تسيير التأمينات على المرض المرتبطة بالعمل تغيرت بشكل جذري. ففي نهاية السبعينيات فإن 95% من التأمينات الخاصة كانت عبارة عن تأمينات تقليدية (*indemnity insurance*) ليتقلص دورها مع مرور الوقت، لتمثل فقط (7%) من سوق التأمينات في سنة 2001.

1-6-5 مسألة التحكم في التكاليف:

لقد أعطى نظام إدارة ومراقبة العلاج *(MC)* نتائج إيجابية في سنوات التسعينيات يبرزها تباطؤ نمو النفقات الصحية، من خلال مراقبة النشاط الطبي والاستشفائي، ومحاولة تحديد مسار المريض داخل المنظومة الصحية. هذه الوضعية منحت قدرة تفاوضية كبيرة لمختلف شبكات العلاجية في إبرام مختلف العقود مع عارضي العلاج.

غير أن تباطؤ ارتفاع النفقات الصحية كان لمدة قصيرة، وأصبحت شبكات إدارة ومراقبة العلاج *(MCO)*، محل انتقادات عديدة من قبل الأطباء الممارسين وكذا المرضى المنخرطين. فالممارسون يعانون من ضعف قوتهم التفاوضية أمام الممولين، وهم يعارضون السياسات المتبعة من قبل شركات التأمين الهادفة إلى تحديد أسعار الفحص المطبقة، وكذا حرية الممارسة (حرية التشخيص والعلاج). أما مستعملي شبكات العلاج (المرضى) فهم ينتقدون الإجراءات المطبقة في مجال الحصول على العلاج، إضافة إلى ضعف مستويات التكفل بهم.

إن المنظومة الصحية الأمريكية هي الأكثر كلفة، مقارنة بباقي الدول الصناعية، بحيث بلغت هذه النفقات 15,3% من الناتج الداخلي الخام. وبطبيعة الحال حصة النفقات الصحية لكل فرد هي أكبر مما هو مسجل على مستوى دول منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية. أما المشكلة الأساسية التي لا تقل أهمية، فهي النسبة الكبيرة للأفراد المبعدين من مزايا الضمان الاجتماعي والتأمين عل المرض، والذي بلغ عددهم 47 مليون فرد كما ذكرنا، وخاصة فئة الأطفال التي تعاني كثيرا في هذا المجال. كل هذه المعطيات كانت لها تأثيرات سلبية على مختلف المؤشرات الصحية، والتي تبقى دون تلك المسجلة في العديد من الدول الصناعية.

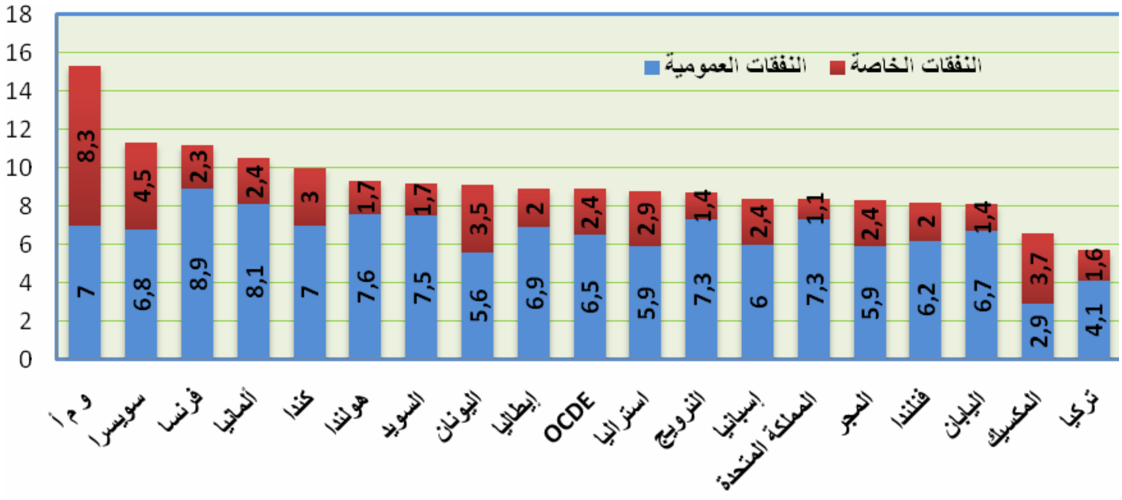
1-7 مقارنة بعض المؤشرات الصحية في دول منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية

لقد خصصت الدول المعنية في المتوسط 8,9% من ناتجها الداخلي الخام لنفقاتها الصحية في سنة 2006. وتتفاوت هذه النسبة بشكل ملحوظ من دولة إلى أخرى، لتتراوح بين 5,7% في تركيا، و15,3% في الولايات المتحدة الأمريكية.

وقد كان للتطور الطبي، والاكتشافات الطبية الجديدة، الدور الفاعل في التأثير على ارتفاع حجم النفقات، دون إغفال عامل آخر وهو الهرم السكاني لمعظم بلدان المجموعة والذي يتميز بتزايد نسبة السكان المسنين. فعلى سبيل المثال قدرت نسبة السكان البالغ سنهم 80 سنة فما فوق 3,1% في المتوسط في دول منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية سنة 2000[1]. ومن ثم الضغط أكثر على النفقات الصحية، بفعل الاحتياجات المتنامية، ومستويات الاستهلاك المرتفعة التي تميز هذه الفئة. ويمكن توضيح نسبة النفقات الصحية من الناتج الداخلي الخام في دول المجموعة من خلال معطيات الشكل الموالي.

[1] *OCDE, Vers des systèmes de santé plus performants,2004, p84.*

شكل رقم(13): حصة النفقات الصحية من الناتج الداخلي الخام في دول منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية خلال سنة 2006



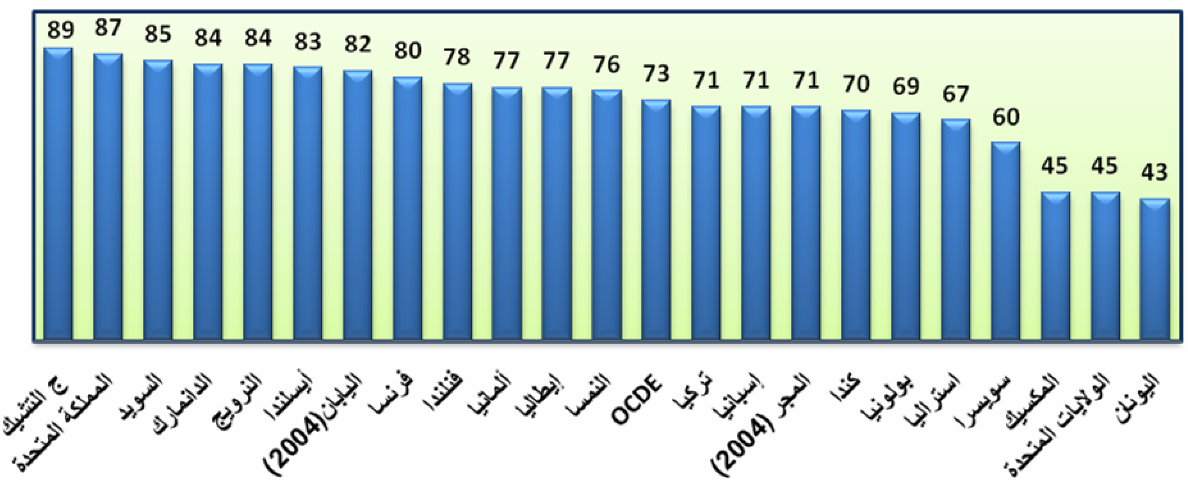
المصدر: ECO-Santé OCDE 2008, Juin 2008 : www. oecd.org : 13.06.2009

إن نمو النفقات الصحية في دول المجموعة ككل يمكن تفسيره أيضا بتخلي بعض الدول عن الإجراءات التي كانت تنتهجها للحد من ارتفاع نفقات الصحة. ويمكن الاستدلال على ذلك بما حدث في انجلترا من خلال إصلاحات حزب المحافظين، والتي ركزت بالأساس على رفع مجمل النفقات الصحية، وإيصالها إلى المعدل السائد في دول منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية *(OCDE)*.

إن الإنفاق أكثر على الصحة لا يمثل بالضرورة مشكلة، في ظل إيجابية النتائج المحصلة. غير أن الدور المتنامي للنفقات العمومية أصبح يشكل عبئا كبيرا على ميزانيات معظم دول المجموعة. وجعل حكومات مختلف الدول تسعى جاهدة للتوفيق بين الانشغالات الاقتصادية والصحية. وحتى في الولايات المتحدة الأمريكية، التي يلعب فيها التأمين الخاص الدور الريادي في مجال التمويل، فإن نفقاتها العمومية للصحة استحوذت على نسبة 7% من ناتجها الداخلي الخام سنة 2006، وهو أعلى من المتوسط المسجل في دول المجموعة ككل.

إن إبراز حصة النفقات العمومية من إجمالي النفقات الصحية، هي محاولة لإعطاء صورة ولو بسيطة عن درجة المساواة في الحصول على مختلف الخدمات الصحية. ومثلما يوضحه الشكل الموالي، فقد ظل القطاع العمومي يشكل المصدر الرئيسي لتمويل المنظومات الصحية في دول منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية، باستثناء المكسيك، الولايات المتحدة الأمريكية، واليونان. وبلغ متوسط النفقات العمومية في دول المجموعة ككل حدود 73%، مع تجاوز هذه النسبة حدود 80% في العديد من الدول.

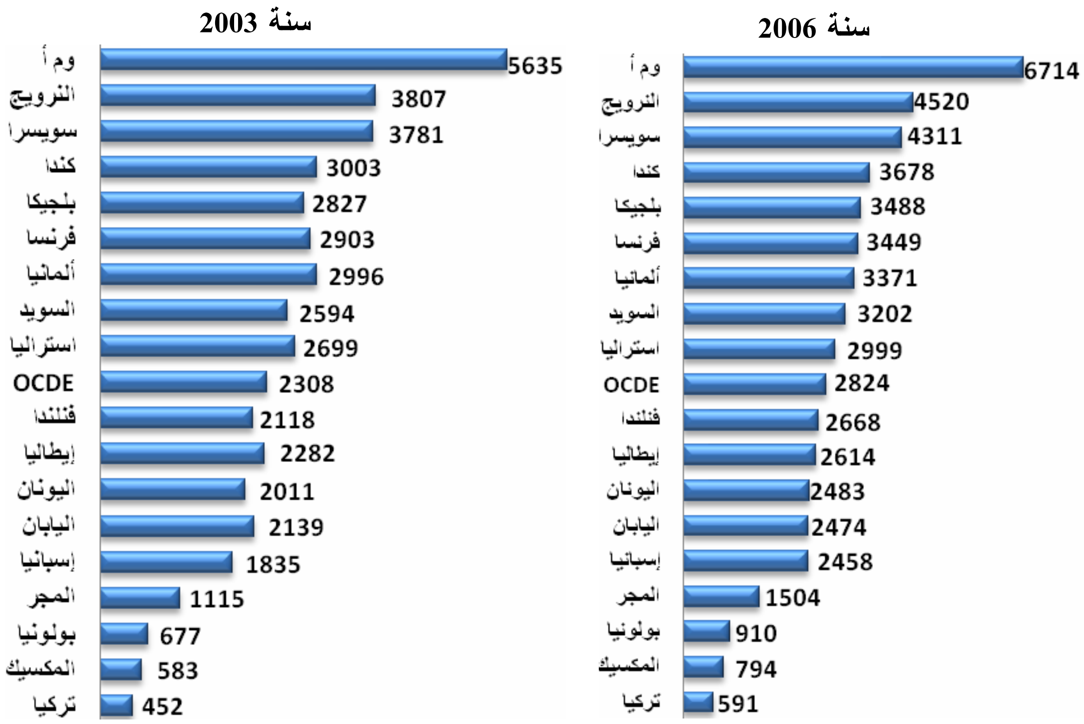
شكل رقم (14):حصة النفقات العمومية من إجمالي النفقات الصحية في دول OCDE في سنة 2005



المصدر: OCDE , Panorama de la santé 2007: les indicateurs de l'OCDE. www. oecd.org. 13.9.2009

ويقتضي التقييم الشامل، والأكثر دلالة، للنفقات الصحية، ضرورة إدراج مؤشر آخر لا يقل أهمية وهو النفقات الصحية لكل فرد. بحيث أن مؤشر النفقات إلى الناتج الداخلي الخام لا يقيس وحده الأهمية النسبية لمجمل الموارد المالية المستعملة داخل المنظومة الصحية. فقد نجد نسبة النفقات الصحية من الناتج الداخلي الخام مرتفعة في بعض الدول. في حين تسجل مؤشرا منخفضا فيما يتعلق بالنفقات الصحية لكل فرد، والعكس صحيح. ويوضح الشكل الموالي تطور هذا المؤشر بين سنتي 2003 و 2006 في بعض دول المجموعة.

شكل رقم (15): النفقات الصحية للفرد في بعض دول *OCDE* بالدولار الأمريكي معادل القوة الشرائية (PPA)



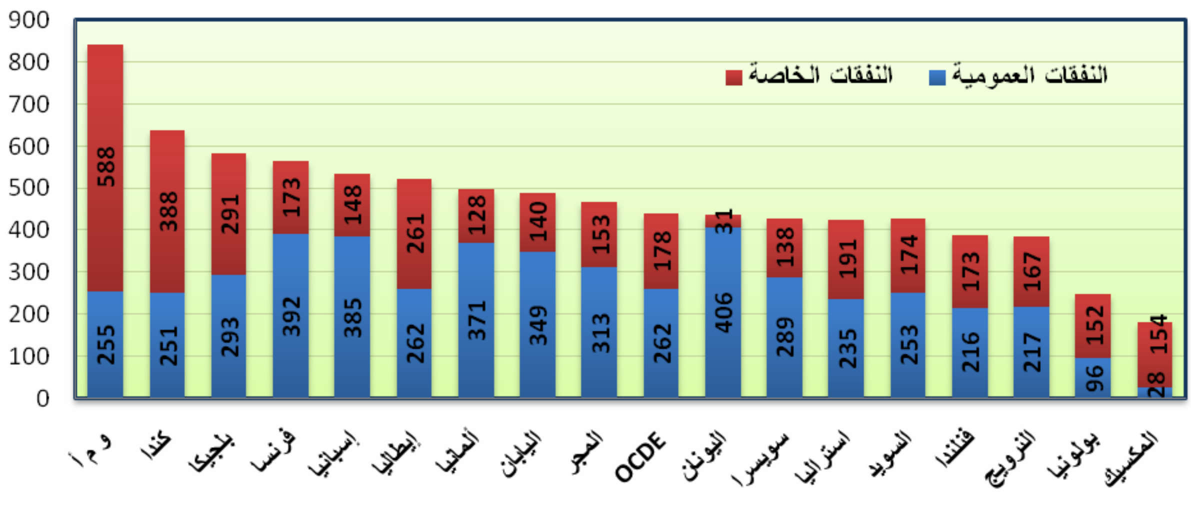
المصدر: ECO-Santé OCDE 2008, Juin 2008   **المصدر:** ECO-Santé OCDE 2005, Juin 2005

إذا نقلنا مجال المقارنة إلى حصة الفرد من إجمالي النفقات الصحية، يبرز الشكل أعلاه التفاوت الكبير المسجل بين مختلف دول المجموعة. وتنفرد الولايات المتحدة الأمريكية أيضا بخصوصية في هذا المجال. حيث ارتفع فيها هذا المؤشر بقيمة 1079 دولارا بين سنتي 2003 و2006، في حين بلغ المتوسط في دول المجموعة ككل 2824 دولارا في سنة 2006 أي بزيادة لم تتعد 516 دولارا عما سجل في سنة 2003.

إن التطور السريع في التكنولوجيا الطبية، وارتفاع الطلب على العلاج بحكم تزايد نسبة السكان المسنين، سيكون له تأثير سلبي على اتجاهات نمو النفقات الصحية، وخاصة في مجال النفقات الصيدلانية. حيث تعرف هذه الأخيرة معدلات نمو تفوق معدل نمو النفقات الصحية الإجمالية في دول المجموعة (أنظر الملحق ص).

وإذا تناولنا الاستهلاك الصيدلاني لكل فرد، فإننا نسجل المستوى المرتفع لهذه النفقات في الولايات المتحدة الأمريكية، بقيمة بلغت 843 دولارا للفرد في سنة 2006، أي ما يمثل ضعف ما هو مسجل في دول المجموعة ككل. وتأتي كل من كندا، بلجيكا، وفرنسا في المراتب الموالية، أين بلغت النفقات الصيدلانية 639، 584، 564 دولارا على التوالي. مع تسجيل مستويات منخفضة للنفقات الصيدلانية في كل من المكسيك، بولونيا.

شكل رقم (16): النفقات الصيدلانية لكل فرد في بعض دول *OCDE* في سنة 2006



المصدر: ECO Santé OCDE 2008, Juin 2008

وتجدر الإشارة إلى أن 60% في المتوسط، من النفقات الصيدلانية يتم تمويلها من قبل السلطات العمومية. وقد عرفت هذه المساهمة ارتفاعا في أغلب دول المجموعة، بما في ذلك الولايات المتحدة الأمريكية. هذه الأخيرة تبقى تحتل الصف ما قبل الأخير (قبل المكسيك) فيما

يتعلق بنسبة مساهمة السلطات العمومية في التكفل بالنفقات الصيدلانية، والتي بقيت في حدود 30% مثلما يوضحه الشكل أعلاه.

ويمكن تفسير الاختلاف في مستويات الإنفاق الصيدلاني بين دول المجموعة بالتباين في مستوى الأسعار والاستهلاك، وكذا وتيرة إدخال المنتجات الصيدلانية الجديدة. هذه الأخيرة عادة ما تكون مكلفة بحكم استفادتها من مزايا براءة الاختراع. إضافة إلى ذلك فإن الاختلاف في مستويات الدخول بين الدول يؤثر أيضا، وبشكل واضح على النفقات الصيدلانية.

إذا كانت الصحة لا تقدر بثمن فإن لها تكلفة. والمنظومة الصحية التي تنفق أموالا أكثر لا تحصل بالضرورة على أحسن النتائج في مجال التغطية والمؤشرات الصحية. وبالرغم من أن المستويات التي بلغتها النفقات الصحية من الناتج الداخلي الخام، أصبت الشغل الشاغل لمعظم دول منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية، فقد كانت في المقابل نتائج جيدة تبرزها المؤشرات الصحية التي عرفت تحسنا مستمرا، أبرزها مؤشر أمل الحياة عند الولادة، معدل وفيات الأطفال، ووفيات الأمهات. ويمكن إبراز أهم المؤشرات الصحية في بعض دول المجموعة وفق المعطيات التالية.

1-7-1 مؤشر أمل الحياة عند الولادة:

يعتبر أمل الحياة عند الولادة من أهم المؤشرات المستعملة للوقوف على الحالة الصحية للسكان، ومستوى أداء المنظومات الصحية. ويوضح الجدول الموالي النتائج الإيجابية، بشكل عام، التي تم تحقيقها على مستوى دول منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية. حيث تجاوز هذا المؤشر في معظمها عتبة السبعين سنة منذ بداية السبعينيات.

جدول رقم (10): مؤشر أمل الحياة عند الولادة بالسنوات في بعض دول *OCDE*

	ألمانيا	فرنسا	النرويج	إسبانيا	اليابان	السويد	إيطاليا	سويسرا	اليونان	المملكة المتحدة	كندا	و م أ	استراليا	تركيا	المكسيك
1970	71	72	74	72	72	74	72	73	72	72	73	71	71	56	61
1990	75	77	77	77	79	78	77	78	77	76	77	75	77	65	70
2007	79	81	80	81	83	81	81	82	79	79	81	78	81	72	76

المصدر: الجداول الإحصائية الواردة في:

UNICEF, La situation des enfants dans le monde 2009 ; La santé maternelle et néonatale, op.cit.

هذه النتائج الإيجابية المحققة يمكن إرجاعها إلى عدة عوامل، تتعلق أساسا بتحسن مستوى المعيشة، أداء المنظومات الصحية، إضافة إلى التطور الحاصل في مجالات العلاج. وقد ارتفع هذا المؤشر في دول المجموعة ككل بقيمة 8,6 سنة في المتوسط خلال الفترة 1960–2000[1]. ليسجل في سنة 2007 مستويات جد إيجابية جعلت هذا المعدل يفوق 80 سنة في العديد من دول المجموعة. غير أن تحسن مؤشر أمل الحياة عند الولادة، وبالقدر الذي يوضح حجم المجهودات التي بذلت في مجال توفير الرعاية الصحية لمجمل السكان، فإنه بالمقابل يشكل ضغطا إضافيا على ارتفاع مستويات الإنفاق الصحي، بحكم الاحتياجات الصحية المتزايدة للفئات المسنة.

1–7–2 مؤشر وفيات الأطفال في دول منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية:

إن النتائج الإيجابية في المؤشرات الصحية يبرزها أيضا التحسن الكبير في معدل وفيات الأطفال، سواء تعلق الأمر بوفيات الأطفال دون سن الخامسة، أو وفيات الأطفال الرضع (أقل من سنة). ويعتبر هذين المعدلين من أهم المؤشرات المعتمدة في المقارنات الدولية، والوقوف على النتائج المحققة، وحجم المجهودات المبذولة، وكذا تأثير العوامل المختلفة الأخرى على الصحة. حيث أن هذين المؤشرين مرتبطان بعدة عوامل اجتماعية واقتصادية (مستوى الدخل المتوسط، توزيع المداخيل، عرض الخدمات الصحية، وإمكانيات الوصول والحصول عليها..).

ويركز تقرير وضع الأطفال في العالم لسنة 2009 على صحة الأمهات والمواليد الجديدة ويُحدّد التدخلات والإجراءات التي يجب توسيع مداها من أجل تحسين المؤشرات الأساسية لتلك الفئات. إذ يمكن تجنب معظم حالات وفيات الأمهات والمواليد الجديدة من خلال تدخلات أثبتت نجاعتها، بما فيها توفير التغذية المتوازنة، وإتباع ممارسات النظافة العامة والشخصية المحسنة، وتقديم الرعاية أثناء الحمل والولادة بإشراف طبي.

بالنسبة لدول منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية، تبين الأرقام والإحصائيات المتوفرة إيجابية النتائج المحققة في معظم دول المجموعة، سواء تعلق الأمر بمعدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة، أو وفيات الأطفال الرضع. ويمكن توضيح ذلك التطور الحاصل في هذين المؤشرين من خلال الجدول الموالي.

---

(1) *OCDE, Vers des systèmes de santé plus performants, 2004, op. cit, p 24.*

جدول رقم (11): معدل وفيات الأطفال (لكل ألف ولادة حية) في بعض دول OCDE

	معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة			معدل وفيات الأطفال الرضع أقل من سنة		
	1970	1990	2007	1970	1990	2007
ألمانيا	26	09	04	22	07	04
فرنسا	24	09	04	18	07	04
النرويج	15	09	04	13	07	03
إسبانيا	34	09	04	27	07	04
اليابان	21	06	04	14	05	03
السويد	15	07	03	11	06	03
إيطاليا	33	10	04	30	08	03
سويسرا	18	08	05	15	07	04
اليونان	54	11	04	38	09	04
المملكة المتحدة	23	09	06	18	08	05
كندا	23	08	06	19	07	05
و م أ	26	11	08	20	09	07
استراليا	20	09	06	17	08	05
تركيا	201	82	23	150	67	21
المكسيك	110	52	35	79	42	29

المصدر: تم إعداد الجدول من طرف الباحث انطلاقا من الجداول الإحصائية الواردة في:

- *PNUD, Rapport mondial sur le développement humain 2005, La coopération internationale à la croisée des chemins : L'aide, le commerce et la sécurité dans un monde marqué par les inégalités, édition ECONOMICA, Paris, 2005, PP262-263.*
- *UNICEF, La situation des enfants dans le monde 2009 ; La santé maternelle et néonatale, op. cit.*

معطيات الجدول تبرز حجم المجهودات التي بذلت من قبل دول المجموعة لتحسين هذين المؤشرين الهامين. فبعد أن كانا في مستويات مرتفعة في سنوات السبعينيات، لم يتجاوزا في سنة 2006 حدود 04 حالات وفاة لكل ألف ولادة حية في معظم الدول المتطورة إذا ما استثنينا الولايات المتحدة الأمريكية (08 في الألف بالنسبة لوفيات الأطفال دون سن الخامسة، و07 حالات وفاة لكل ألف ولادة حية بالنسبة لمؤشر وفيات الأطفال الرضع أقل من سنة). وتبين هذه الإحصائيات من جهة أخرى، الجهد الكبير الذي ما زال ينتظر البلدان النامية بشكل عام في مجال تحسين المؤشرات الصحية لمختلف شرائح المجتمع، وخاصة الفقيرة منها.

خلاصة الفصل الأول:

من خلال تناولنا للمنظومات الصحية الثلاث: منظومة بيسمارك، منظومة بيفردج والمنظومة الحرة في الولايات المتحدة الأمريكية، يمكن القول أن تلك المنظومات في الدول الصناعية تتميز فيما بينها تبعا للطرق والأساليب المعتمدة في تنظيمها. فالخيارات التي تبنتها هذه الدول تختلف في أربع ميزات أساسية:

- الاحتكار العمومي للصحة، أو تنوع شبكات العلاج العمومية والخاصة.
- المكانة التي يحتلها المستشفى، ووحدات العلاج الجاري *(filières ambulatoires)*.
- تمويل المنظومة الصحية يعتمد على الضرائب، أو الاشتراكات الاجتماعية.
- المكانة الممنوحة لمجال المساعدة الاجتماعية، التأمين الاجتماعي، والتأمين الخاص.

الاستعراض التاريخي لظهور وتطور النماذج الثلاثة للمنظومات الصحية (بيسمارك بيفردج، المنظومة الحرة) لا تكفي وحدها لإبراز خصوصيات المنظومات الصحية داخل نفس النموذج، فمن زاوية مركزية ولامركزية اتخاذ القرار، يمكن تقريب المنظومة الصحية الفرنسية من نظيرتها لإنجلترا، التي تتميز بتركيز كبير في سلطة القرار، عكس المنظومة الصحية الألمانية التي تتميز بلامركزية، من خلال الحرية الممنوحة لمختلف المناطق والمقاطعات.

المنظومات الصحية التي اعتمدت نموذج بيسمارك، تتفاوت فيها درجة الشمولية وانتشار مبدأ التضامن الاجتماعي. فإذا كانت فرنسا قد استطاعت عبر مراحل متعاقبة ترسيخ مبدأ شمولية العلاج، فإن العديد من الدول تستبعد من مبدأ التأمين الإجباري على المرض شريحة السكان التي تتمتع بمداخيل تفوق السقف المحدد للانضمام (10% من سكان ألمانيا وثلث السكان في هولندا ملزمون بالتأمين لدى الصناديق العامة أو شركات التأمين الخاصة).

كل منظومة صحية تطورت في سياق تاريخي، وفي ظل ظروف سياسية وتنظيمية للمسألة الاجتماعية، جعل كل منها تتميز بخصوصيات تتعلق بدور الدولة وعمال السلك الطبي. وتتميز المنظومة الألمانية بالإدارة الذاتية في إطار المشاورات الجماعية، والدور الكبير الذي يلعبه اتحاد الأطباء الذي ظهر منذ 1931، في تلك المشاورات بفضل التنظيم الجيد الذي يخضع له.

أما المنظومة الصحية الفرنسية، فتتميز بالدور الكبير للدولة في مجال الإدارة والتسيير وقد أدى ضعف الأشكال التنظيمية لعمال السلك الطبي، إلى محدودية دورهم وإشراكهم في

تسيير المنظومة الصحية الفرنسية. بالنسبة لإنجلترا، فيتم التنسيق بين إدارة الدولة، والنظام النقابي، من خلال مشاركة عمال السلك الطبي في ضبط المنظومة الصحية.

خلاصة القول أن الإصلاحات التي باشرتها مختلف الدول على منظوماتها الصحية توضح التخلي التدريجي على السياق التاريخي الذي ميز تلك المنظومات، وتوجيهها أكثر نحو منظومات صحية مختلفة تجمع بين خصوصيات النموذجين التاريخيين(بيفردج وبيسمارك) في مجال ضمان مبدأ الشمولية، أشكال وتنظيم مستويات العلاج، وأساليب التمويل. إضافة إلى إدخال آليات المنافسة، والفصل بين تمويل وعرض العلاج في محاولة جادة للتحكم في التكاليف، وتحسين نوعية الخدمات المقدمة.

وبصفة عامة يمكن القول أن المنظومات الصحية للدول الصناعية التي تناولناها بالدراسة قد عرفت منذ عشرية التسعينيات عمليات إصلاح مكثفة، هادفة بالأساس إلى التحكم أكثر في التكاليف (باستثناء انجلترا التي عمدت إلى رفع نسبة النفقات الصحية إلى المتوسط السائد في منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية)، وتحسين مستويات الأداء والفعالية. هذه الإصلاحات كانت ذات طبيعة هيكلية سعت من خلالها الدول إلى إحداث تغيير معمق في أساليب التسيير الموروثة تاريخيا. ومست بالأساس، المنافسة داخل المنظومة، واللامركزية. غير أن إدخال آليات المنافسة قد تم بأشكال مختلفة، بالنظر لخصوصيات كل منظومات صحية، وخلفياتها التاريخية (منظومة التأمين على المرض لبيسمارك، أو المنظومة الوطنية للصحة لبيفردج والمنظومة الصحية الحرة). وبعبارة أخرى فإن التطور الذي عرفته تلك المنظومات الصحية وتبنيها لجملة من الإصلاحات يوضح أنها تتوجه أكثر فأكثر نحو منظومات صحية مختلفة عن أشكالها الأولى.

الفصل الثاني:
التطورات الاقتصادية والاجتماعية للبلدان المغاربية

تمهيـــد:

تكتسي الأبعاد الاقتصادية والاجتماعية للتنمية المستدامة في الدول النامية طابع الأولوية. غير أن معظم هذه الدول تشكو من صعوبة التوفيق بين الأبعاد الثلاثة للتنمية المستدامة (الاقتصادي، البيئي، والبعد الاجتماعي) بحكم محدودية الموارد المالية التي تطبع اقتصادياتها بشكل عام. ونظرا للتشابك الموجود بين الأبعاد السابقة الذكر وتأثيراتها المتبادلة تظهر إشكالية تحسين المستويات الثلاثة في نفس الوقت، أو اللجوء إلى المفاضلة بينها بحسب الأهداف المسطرة والإمكانيات المالية المتاحة في الدول النامية بشكل عام. فالأوضاع الاقتصادية والاجتماعية التي تميز هذه الدول تستوجب ضرورة وضع استراتيجيات، وتحديد الأولويات بحسب قدراتها المالية ومدى توفرها. ومن ثم توجيهها نحو تحقيق التوازنات الكبرى، وتوفير الاحتياجات القاعدية للسكان في مجالات التعليم، الصحة، السكن...

إن تحسين صحة أفراد المجتمع، يعني التعامل بشكل أوسع مع القضايا، والظروف العامة المؤثرة، كالعوامل البيئية، التركيبة الاجتماعية للسكان، العدالة في توزيع المداخيل وكذا الخدمات الصحية المتاحة. حيث إن العمل باتجاه خفض الفوارق الاقتصادية، وطمس مظاهر انعدام المساواة، والاستفادة من الخدمات الصحية والطبية بين فئات المجتمع، تعتبر من أهم التدابير الأساسية نحو تحقيق صحة أفضل للجميع. مما يضع على عاتق الحكومات مهمة الاستثمار في صحة المجتمع ككل، سعيا لتحقيق مستوى رفاهية أعلى لشعوبها.

فانخفاض وفيات الأطفال، وخاصة الرضع منهم، انخفاض معدلات الخصوبة، وارتفاع مؤشر أمل الحياة عند الولادة، هي نتاج تحسن البيئة الصحية، وانتشار برامج التلقيح والوقاية ضد الأمراض المتنقلة، وانتشار وسائل تنظيم الأسرة. هذه المؤشرات الإيجابية سوف تؤدي إلى تعجيل التحول الديموغرافي، وتأثيره على رفع معدلات النمو الاقتصادي، شريطة استغلال ما يعرف بالهبة الديموغرافية المتاحة لهذه الدول المغاربية.

ونظرا للعلاقة السببية التي تظهر بين الاقتصاد والصحة، فقد ارتأينا أن نتناول اقتصاديات البلدان المغاربية الثلاث (تونس، الجزائر، والمغرب)، واتجاهات نموها في ظل التطورات الاقتصادية العالمية. ومن ثم التطرق للوضعية الصحية للسكان، من خلال مختلف المؤشرات والعناصر المحددة لها.

1-2 الاقتصاديات المغاربية في ظل التحولات الجارية:

إن الدول المغاربية، شأنها شأن العديد من الدول النامية، تعيش منذ سنوات تغيرات عميقة في هيكلها الاقتصادي، بغية معالجة الاختلالات، ورفع معدلات النمو الكفيلة ببعث عجلة التنمية الاقتصادية الشاملة. فثقل المديونية الخارجية، والاختلالات التي مست اقتصادياتها واصطباغها بالأزمة شكلا ومضمونا، ترتبت عن ذلك آثار اجتماعية بعيدة المدى، مست مختلف جوانب حياة الإنسان. وأصبحت المسألة الاجتماعية من المسائل الحساسة والمهمة عند الحديث عن الإصلاحات الاقتصادية، بفعل التأثيرات المتبادلة بين الجانبين، وعدم وضوح العلاقة التي يجب أن تكون بينهما.

إن ندرة الموارد المالية، التي أصبحت تميز هذه الوضعية الجديدة، عرقلت عمليات تمويل المشاريع الاستثمارية، ومعها مسار التنمية. مما دفع الدول المغاربية، على غرار الكثير من دول العالم الثالث، إلى تبني سياسات، وبرامج إصلاحات وتعديلات هيكلية لاقتصادياتها تحت رقابة المؤسسات المالية الدولية(صندوق النقد الدولي، والبنك العالمي). كل ذلك من أجل استعادة التوازنات الاقتصادية الداخلية والخارجية.

إن تعثر أداء المؤسسات العمومية في البلدان المغاربية، واحتياجاتها المتزايدة للدعم من الحكومة، قد أدى، مع مرور الوقت، إلى تزايد العجز الحكومي في تصحيح هذه الاختلالات ومعه عبء المديونية الداخلية، وتفاقم مشكلة المديونية الخارجية. لذلك كان من الطبيعي أن ترتكز جهود الإصلاحات الاقتصادية في البداية على إعادة تأهيل هذه المؤسسات، قبل التفكير في تحويلها للقطاع الخاص في مرحلة لاحقة. ولتجسيد ذلك قامت هذه الدول في المراحل الأولى من جهودها التصحيحية الشاملة، بالتركيز على إعادة تأهيل المؤسسات العامة لديها. وشملت الإصلاحات إعادة هيكلتها من الجوانب التشريعية، الإدارية والتنظيمية ومنحها الاستقلالية المالية والإدارية، وتحسين أدائها المالي، من خلال تحرير الأسعار المحددة إداريا ومعالجة ديونها اتجاه الجهاز المصرفي.

هذه الإجراءات المعتمدة، هي ترجمة للسياسات الاقتصادية الجديدة، التي تحاول الدول من خلالها أن تعطي قوانين السوق، وتنمية القطاع الخاص، دورا أكبر في بلورة الاتجاهات الجديدة، التي تسمح بالاندماج بالاقتصادات العالمية بصورة ملائمة.

وتهدف برامج الإصلاح الاقتصادي، والتصحيح الهيكلي المعتمدة، إلى استعادة التوازنات المالية، الداخلية والخارجية، في محاولة للحد من الضغوط التضخمية، وتدعيم

وضع ميزان المدفوعات. كما تهدف أيضا إلى توفير الشروط المطلوبة لتحقيق المستوى المناسب من النمو الاقتصادي القابل للاستمرار، تحسين مستويات المعيشة، وخلق فرص العمل المنتج لمواجهة متطلبات التوظيف المتنامية، خصوصا في ظل التركيبة الحالية لسكان هذه الدول، وإيجاد مناصب شغل للوافدين الجدد إلى سوق العمل.

ويمكن التمييز ضمن برامج الإصلاح بين السياسات، والإجراءات الهادفة لتحقيق الاستقرار الاقتصادي الكلي، والسياسات والإصلاحات الرامية إلى تحسين تخصيص الموارد ورفع كفاءة استخدامها، وتنمية هذه الموارد لرفع الطاقات الإنتاجية على المدى المتوسط والطويل.

ومن أجل استعادة التوازنات الداخلية والخارجية، فإن خبراء صندوق النقد الدولي يقترحون على البلدان التي تعاني من مثل هذه الاختلالات برنامجا للإصلاح الاقتصادي ممثلا في جملة من الإجراءات والتدابير التي يمكن تقسيمها إلى صنفين:

- الأول يرتبط بالتدابير المتعلقة بالموازنة العامة، وإدارة النقد من أجل تخفيض معدلات التضخم إلى المستويات الدنيا.
- الصنف الثاني يهدف إلى استعادة التوازنات الخارجية من خلال التدابير المتخذة في مجال التجارة الخارجية، و ميزان المدفوعات.

بعض هذه التدابير تتمثل أساسا في:

- تخفيض مستويات الإنفاق العام في مجالات الاستهلاك، والاستثمار.
- رفع الدعم الحكومي على السلع والمنتجات، ذات الاستهلاك الواسع.
- العمل على توسيع الوعاء الضريبي من أجل زيادة الإيرادات الضريبية.

إن سياسات الاستقرار، أو التثبيت الاقتصادي، وجدت أولوية في التطبيق، لأنه في الكثير من الحالات تكون الاختلالات المالية قد وصلت إلى مستوى لا يمكن استمراره، على صعيد وضع ميزان المدفوعات، الاحتياطيات، وأعباء خدمة الديون الخارجية. ولذلك تكون هناك حاجة عاجلة للتصدي لمثل هذه الاختلالات، ومعالجتها، كخطوة أولى. وتوفير البيئة الاقتصادية الكلية لانطلاق المرحلة الثانية، أي الإصلاحات الهيكلية التي تعطي أفضل نتائجها في بيئة اقتصادية كلية مستقرة.

ولقد انطلقت تجارب تطبيق برامج التصحيح الهيكلي، في الدول المغاربية الثلاث، في فترات متباينة. فالمغرب هو البلد المغاربي الأول الذي طبق هذا البرنامج في سنة 1983

تونس بداية من سنة 1986، ثم الجزائر في سنة 1994. ضعف الأداء الاقتصادي للدول المغاربية قبل اعتمادها لبرامج الإصلاح يمكن اختصاره في الجدول التالي:

جدول رقم(12): تطور بعض المؤشرات الاقتصادية الأساسية للدول المغاربية قبل اعتمادها لبرامج التصحيح الهيكلي

البلد	البيان السنوات	1979	1980	1981	1982
المغرب	العجز أو الفائض في الميزانية العامة إلى الناتج المحلي الإجمالي	-10,7	-9.9	-13.2	-11.2
	مخزون الدين الخارجي مليار دولار	7,8	9,7	10,6	12.4
	خدمة الدين إلى الصادرات (%)	غ.م	32,7	37,0	43,2
	الاحتياطات الدولية – مليار دولار	0,56	0,81	0,51	0,54
	معدل النمو الاقتصادي (%)	4,6	4,2	9,6	0,5-
البلد	البيان السنوات	1982	1983	1984	1985
تونس	العجز أو الفائض في الميزانية العامة إلى الناتج المحلي الإجمالي	-2,6	-8,2	-7,6	-7,7
	مخزون الدين الخارجي مليار دولار	3,77	4,06	4,09	4,9
	خدمة الدين إلى الصادرات (%)	15,6	19,3	22,7	24,8
	الاحتياطات الدولية – مليار دولار	0,64	0,61	0,41	0,24
	معدل النمو الاقتصادي (%)	غ.م	7,3	5,4	0,4-
البلد	البيان السنوات	1990	1991	1992	1993
الجزائر	العجز أو الفائض في الميزانية العامة إلى الناتج المحلي الإجمالي	3,6	1,7	1,2-	8,7-
	مخزون الدين الخارجي مليار دولار	27,9	28,2	27,1	26,1
	خدمة الدين إلى الصادرات (%)	63,4	70,4	76,6	82,2
	الاحتياطات الدولية – مليار دولار	0,8	1,6	1,5	1,5
	معدل النمو الاقتصادي (%)	-1,4	0,2	1,6	2,2-

المصدر: عبد الباقي روابح، المديونية الخارجية والإصلاحات الاقتصادية في الجزائر، دراسة تحليلية مقارنة. رسالة دكتوراه، جامعة باتنة، 2007/2006.

هذه المؤشرات تبين إلى حد ما تدهور الأوضاع الاقتصادية للدول المغاربية، قبل تبنيها لبرامج التصحيح الهيكلي، والقطاعي. ويبرز ذلك من خلال معدلات النمو السالبة، التي سجلت في بعض السنوات، كمعدلات التضخم، العجز في الموازنة العامة، ميزان المدفوعات، وأعباء خدمة الدين.

فإذا أخذنا حالة الجزائر، مثلا، نجد أنها عانت من أزمة اقتصادية حادة منذ سنة 1986 على إثر الصدمة النفطية العكسية، مما أدى إلى تراجع حاد في معدلات التبادل. وهكذا برزت مظاهر الجمود، والضعف في نظام التخطيط المركزي، زيادة على هبوط معدلات التبادل وضعف دخل الصادرات بحوالي 50%. وشرعت الجزائر في اتخاذ مجموعة من الإجراءات والتدابير في محاولة لتصحيح الاختلالات الهيكلية.

وللإشارة فإن هناك مجموعة من العوامل التي أضعفت الاقتصاد الوطني خلال المراحل السابقة، والتي يمكن إجمالها في التبعية للخارج، من حيث الغذاء والدواء، النمو الديموغرافي الذي تجاوز معدلات النمو المحققة، وكون الاقتصاد الجزائري هو اقتصاد وحيد الجانب يعتمد بشكل مطلق على منتوج واحد كمصدر للعملة الصعبة.

والملاحظ أن هذه العوامل ما تزال تطبع الوضع الحالي للاقتصاد الوطني، وهو ما يفسر هشاشة النتائج المحققة، وتعرضه للأزمات نتيجة تأثره بعوامل خارجية المنشأ.هذه الأزمة تترجمها المعدلات السالبة للنمو الاقتصادي، الذي ظل سالبا خلال الفترة (1987–1993) وارتفاع معدلات التضخم إلى حدود 29% سنة 1994. ترتب عن ذلك تقلص الاحتياطيات الدولية، مع ارتفاع خدمات الدين ارتفاعا كبيرا، حيث تجاوزت 80% من الإيرادات المتأتية من الصادرات، مع تضاؤل فرص الحصول على التمويل الخارجي، مما أدى إلى أزمة في ميزان المدفوعات. كل هذه المؤشرات توحي بتدهور الوضع الاقتصادي في الجزائر، وهو ما دفعها مع بداية سنة 1994، إلى طلب إعادة جدولة ديونها الخارجية واعتماد برنامج للاستقرار الاقتصادي لمدة سنة، مدعوما ببرنامج للتصحيح الهيكلي لمدة ثلاث سنوات.

وقد كان برنامج الإصلاح الاقتصادي المعتمد يرمي إلى تحقيق أربعة أهداف رئيسية:[(1)]

- رفع معدل النمو الاقتصادي، بغية استيعاب الزيادة في القوة العاملة، وخفض معدلات البطالة تدريجيا.
- الإسراع في تحقيق التقارب بين معدلات التضخم في الجزائر، وتلك السائدة في البلدان الصناعية.
- خفض التكاليف الانتقالية للتصحيح الهيكلي على القطاعات السكانية الأكثر تضررا.
- استعادة قوة ميزان المدفوعات، مع تحقيق مستويات ملائمة من احتياطيات النقد الأجنبي.

وقد شرع في تطبيق برنامج الاستقرار الاقتصادي من نوع ستاند بأي ***(STAND BY)*** في أفريل 1994 لمدة سنة، وبعدها برنامج للتصحيح الهيكلي يمتد من أفريل 1995 إلى مارس من سنة 1998. وقد استطاعت الجزائر تحقيق نتائج جيدة في مجال استقرار الوضع

(1) كريم النشاشيبي وآخرون، الجزائر: تحقيق الاستقرار والتحول إلى اقتصاد السوق، دراسة خاصة، صندوق النقد الدولي واشنطن، 1998، ص 13.

الاقتصادي الكلي، ويبرز ذلك من خلال تراجع مستويات التضخم إلى حدود 6% نهاية 1997، بعد أن وصل إلى حدود 29% عام 1994، وهذا بسبب تأثير خفض قيمة الدينار الجزائري بنسبة كبيرة في البداية، وكذا بسبب التعديلات في أسعار السلع المدعمة والمحددة إداريا.[1]

كما سجل ميزان المدفوعات تحسنا ملحوظا مكن الجزائر من مضاعفة الاحتياطيات الرسمية من النقد الأجنبي حيث بلغت في سنة 1995 قيمة 2,1 مليار دولار،لتنتقل إلى حدود 4,23 مليار دولار مع نهاية 1996، وهو ما يعادل 4,6 شهر من استيراد السلع والخدمات، لتقفز إلى 8,05 ملايير دولار في نهاية عام 1997. أي ما يعادل ثمانية أشهر من الاستيراد.

هذه المؤشرات الايجابية تعود من جهة، إلى ارتفاع أسعار المحروقات في السوق الدولية، وكذا الزيادة في الإنتاج الوطني من المحروقات، ومن جهة أخرى انتعاش القطاع الزراعي بفضل الظروف المناخية المناسبة بعد فترة الجفاف .

إضافة إلى ذلك فإن معدلات النمو المسجلة تعود أيضا إلى التسهيلات المالية الممنوحة على شكل قروض جديدة، وإعادة جدولة الديون الخارجية. وهو ما سمح للجزائر بتخفيض الضغوط الناجمة عن المديونية الخارجية، والحصول على تسهيلات لإنجاح البرنامج الاقتصادي المعتمد.

وقد أسفرت تجارب الدول المغاربية في مجال الاستقرار والنمو، في ظل البرامج الشاملة للإصلاح الاقتصادي، التي قامت بتطبيقها عن نتائج إيجابية، بحيث نجحت في تحويل اقتصادياتها، التي كانت تعاني من عجز مالي كبير، واختلالات وتشوهات حادة، إلى اقتصاديات تم فيها إرساء مقومات الاستقرار الاقتصادي الكلي، الذي يمكنها من تنفيذ الإصلاحات الهيكلية المكملة لجهود التصحيح، وتحقيق معدلات نمو ايجابية قابلة للاستمرار.

وكان ضبط العجز في الموازنة، من خلال ترشيد النفقات، ورفع الإيرادات، هو الركيزة الأساسية لجهود تحقيق الاستقرار الاقتصادي المطلوب. هذه المجهودات التي بذلت تمكنت معها الدول المغاربية المذكورة من تحقيق إنجازات كبيرة في استقرار أوضاعها الاقتصادية الكلية، وإرساء المقومات الضرورية التي يصعب من دونها تحقيق معدلات النمو

---
[1] كريم النشاشيبي و آخرون، مرجع سبق ذكره، ص 24.

القابلة للاستمرار، والاستفادة من الفرص التي تتيحها اتجاهات العولمة، وزيادة الاندماج في الاقتصاد الدولي.

وقد أدت التحولات الجذرية في السياسات الاقتصادية، التي أقدمت عليها الدول المغاربية المذكورة، إلى تحقيق درجة نسبية من الاستقرار الاقتصادي الكلي، وانعكس ذلك في مستويات مقبولة لعجز الموازنة، ومعدلات منخفضة للتضخم تتماشى مع شركائها التجاريين، وأوضاع موازين مدفوعات قابلة للاستمرار نسبيا .

إلا أن الأداء على مستوى النمو الاقتصادي بشكل عام، ما زال دون التوقعات، خاصة في ظل المعطيات الديموغرافية، والتي تعكسها معدلات البطالة التي ما زالت مرتفعة. إضافة إلى هشاشة البنية الاقتصادية المغاربية التي تبقى دائما عرضة لتقلبات الأوضاع الاقتصادية الدولية بسبب محدودية القاعدة الإنتاجية وعدم تنويعها. فهناك تذبذب في النتائج المحققة من سنة إلى أخرى، بسبب تأثر الاقتصاديات المغاربية بعوامل الطبيعة، ومختلف الأحداث الدولية.

ولتدعيم هذه النتائج التي تحققت في المجال النقدي والمالي، على صعيد التوازنات الاقتصادية الكبرى وإدامتها، وكذا تحسين تخصيص الموارد وتنميتها، فقد ركزت الدول المغاربية على تنفيذ إصلاحات هيكلية واسعة بالتركيز على نقاط أساسية تتمثل خاصة في:

- إعادة توزيع الأدوار بين القطاعين العام والخاص، وذلك بانسحاب الدولة التدريجي من بعض القطاعات التنافسية، لتفعيل دور القطاع الخاص، وتدعيم مشاركته وتشجيع المبادرات الخاصة، وكلها محاولات جادة لتحرير النشاط الاقتصادي.
- استقطاب رؤوس الأموال المحلية والأجنبية، من خلال تحسين بيئة الاستثمار، منح التسهيلات، إزالة القيود، وإدخال حركية أوسع على رأسمال الشركات، قصد تطويرها وتنمية قدراتها الإنتاجية.
- التخفيف من الأعباء التي تتحملها ميزانية الدولة كنتيجة لدعم المنشآت الاقتصادية الخاسرة.

ورغم مجمل الاجراءات المتخذة، فإن ما يمكن تسجيله، هو بقاء معدلات النمو المحققة في مستويات متواضعة ودون الأهداف المرجوة، نتيجة للاستجابة الضعيفة للعرض من طرف القطاع الخاص، في ظل غياب البيئة الاستثمارية المناسبة، والمشجعة لنمو هذا

القطاع. إضافة إلى ضعف تنوع صادرات هذه الدول، وعدم استقرارها. وهو ما سنحاول الوقوف عليه من خلال معرفة اتجاهات نمو الاقتصاديات المغاربية في السنوات الأخيرة.

2-1-1 الاقتصـــاد الجزائري:

إن النمو الاقتصادي المسجل في الجزائر، منذ التسعينيات، يمكن تقسيمه إلى ثلاث فترات زمنية متميزة:[1]

° **فترة ركود (1990–1995):** تميزت بمعدل نمو سلبي للناتج الداخلي الخام للفرد. فالإصلاحات الاقتصادية في بداية التسعينيات لم تعط النتائج المرجوة، وسجلت الجزائر معدلات نمو دون المتوسط بفعل التطورات، والمستجدات العالمية، وما ترتب على ذلك من تخفيض قيمة العملة الوطنية، واللجوء إلى إعادة جدولة الديون الخارجية.

° **الفترة (1996– 2000):**

تميزت بمعدلات نمو إيجابية للناتج الداخلي الخام، لكنها غير كافية، بحيث بلغت في المتوسط نسبة 3,1%. بمعنى أن الإصلاحات الاقتصادية التي اعتمدت قد بدأت في إعطاء النتائج، وهذا بفضل السياسة المالية والنقدية الحذرة المنتهجة، والتي أدت إلى تحسن المؤشرات الاقتصادية الأساسية، وتحقيق التوازنات الاقتصادية الكبرى.

° **فترة تسارع النمو (2001 – 2005):**

تميزت بمعدلات نمو مرتفعة، ترجع بالأساس إلى ارتفاع أسعار المحروقات على المستوى العالمي. مما سمح بتحقيق معدلات نمو بلغت في المتوسط 5%، مع التحكم في ظاهرة التضخم عند مستويات أقل من 3%، بالرغم من أن إحصائيات الديوان الوطني للإحصاء[2] تشير أن مستوى التضخم قد ارتفع إلى حدود 3,5% في سنة 2007، 2,5% في سنة 2006.

هذه الطفرة النفطية سمحت لقطاعات أخرى بالإقلاع، من خلال الأموال التي تم ضخها، وتنامي حجم الاستثمارات فيها، كقطاع البناء والأشغال العمومية، البريد والمواصلات، وباقي الخدمات.

وتمكنت الجزائر من مواصلة نموها الاقتصادي، من خلال تحسن المؤشرات الاقتصادية، وهذا بفضل نمو حجم الصادرات من المحروقات، وارتفاع أسعارها على

---

(1) *Banque mondiale, République Algérienne démocratique et populaire, a la recherche d'un investissement publique de qualité, Rapport N 36270-DZ, texte principal, volume I, 15 aout 2007, op. cit, pp 11-12.*

(2) الموقع الالكتروني للديوان الوطني للإحصاء الجزائر: www.ons.dz

المستوى العالمي التي تجاوزت أحيانا عتبة الـــ100 دولار. وهو ما سمح للجزائر بتحسين مركزها المالي الخارجي، بشكل إيجابي وملموس، وتنمية احتياطياتها من العملة الصعبة. بحيث انتقلت من 56 مليار دولار سنة 2005، إلى 70 مليار دولار في نهاية شهر أوت من سنة 2006. لترتفع هذه الاحتياطيات الخارجية في نهاية ديسمبر من سنة 2007 إلى حدود 110 مليار دولار(أي ما يغطي ثلاث سنوات من الاستيراد)، ثم إلى 133 مليار دولار في شهر جويلية من سنة 2008[1]. هذا الارتفاع المستمر في عائدات المحروقات، مكن من تحقيق معدلات استثمار عالية، إلى جانب التسديد المسبق لديونها الخارجية، التي انخفضت إلى حدود 623 مليون دولار أمريكي، مسجلة تراجعا حادا عن المستويات السابقة، أين بلغت 21 مليار دولار في سنة 2004.

إن الوضع الدولي المناسب، والتحكم الجيد في التوازنات الاقتصادية الكبرى، مكن من تحقيق مؤشرات إيجابية في معدلات النمو الاقتصادي، منذ عام 2002. ولكنها تبقى متواضعة، بالنظر للإمكانيات التي تزخر بها الجزائر، خصوصا في مجالات النمو خارج المحروقات. وهو ما جعل بلادنا تتسم باقتصاد غير متنوع، مقارنة مع الاقتصاديات الشبيهة.

وبعد نمو متواضع بواقع 2% سنة 2006، عرف معدل نمو الناتج الداخلي الخام في سنة 2007 تحسنا ببلوغه 3,2%. وهو بعيد عما تم تسجيله في سنة 2004، أين بلغ هذا النمو 5,2%. ويمكن توضيح ذلك وفق معطيات الشكل البياني التالي:

شكل رقم (17): معدل نمو الناتج الداخلي الخام في الجزائر



	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
نسبة النمو	3,2	2,2	2,1	4,7	6,9	5,2	5,1	2	3,2	4,8	4,8

بالنسبة لمعدلات النمو لسنتي 2008، 2009، هي نسب متوقعة.

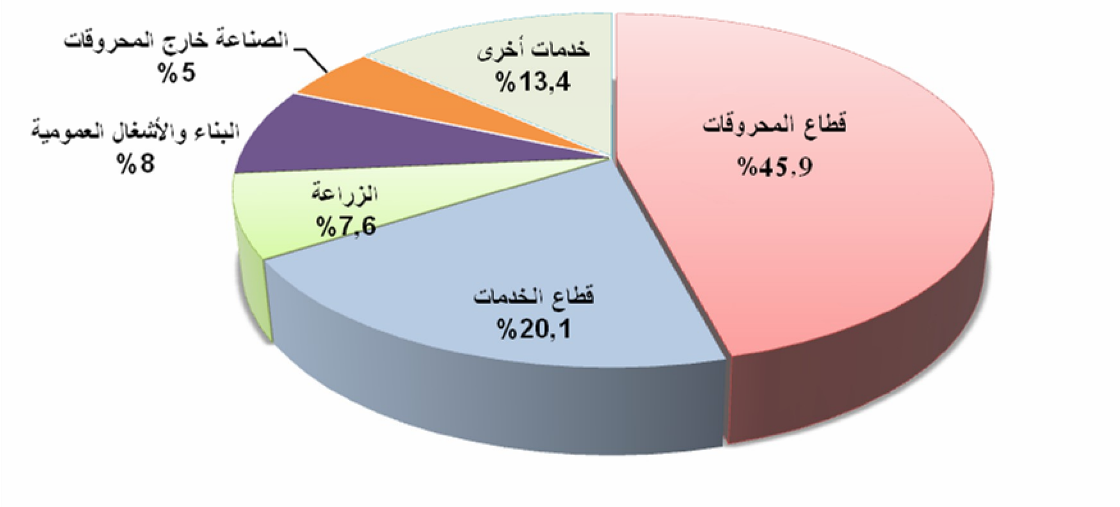
المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على المعطيات الاحصائية الواردة في:

Banque Africaine de Developpement BAfD/ OCDE,Perspectives économiques en Afrique 2008,annexe statistique, p 682.

(1) للمزيد من المعلومات أنظر: الموقع الإلكتروني للبنك العالمي، موجز إعلامي عن الجزائر: *www.worldbank.org*

ويبقى قطاع المحروقات يشكل نقطة ضعف أساسية، فهو المحرك الأساسي للاقتصاد الجزائري. بحيث شكل نسبة 45,9% من الناتج الداخلي الخام، و98% تقريبا من مجموع الصادرات، و76% من مجموع حصيلة الجباية.

شكل رقم (18): نسبة مساهمة القطاعات في الناتج الداخلي الخام في الجزائر لسنة 2006



المصدر: *BAfD / OCDE,Perspectives économiques en Afrique 2008,op.cit, p 132.*

وقد ارتفعت عائدات البترول الجزائرية من 33 مليار دولار سنة 2003 إلى 39 مليار دولار سنة 2004، لتقفز إلى أكثر من 50 مليار دولار سنة 2005. وسجلت الجزائر سنة 2006 فائضا تجاريا بلغ 31,82 مليار دولار" أكثر من 24 مليار أورو". أما في سنة 2007 فقد ارتفعت صادرات المحروقات الجزائرية، إلى حدود 4112 مليار دينار جزائري، 59,2 مليار دولار، أي ما يمثل 97,8% من إجمالي الصادرات. مما رفع حصة المحروقات إلى نسبة 45,9% من الناتج الداخلي الخام. في حين أن حصة الصادرات خارج المحروقات، فلم تتعدى 1,3 مليار دولار. مما أبقى حصتها في حدود 2,2% من إجمالي الصادرات في نفس السنة(1).

وقد حقق الناتج الداخلي الخام، خارج المحروقات، معدل نمو بواقع 6،4%، وذلك بفضل النشاط الذي عرفه قطاع البناء والأشغال العمومية، قطاع الخدمات، إضافة إلى القطاع الزراعي. أما القطاع الصناعي، الذي لم يمثل سوى 5% من الناتج الداخلي الخام في الجزائر، فقد سجل في سنة 2007، نموا بسيطا جدا في حدود 1,1%، مقابل 2,8% في 2006. وبفعل القوة الدافعة لنفقات التجهيز للدولة، فقد اعتبر قطاع البناء والأشغال العمومية الأكثر

(1) *BAfD / OCDE, perspectives économiques en Afrique 2008, op.cit, p 136.*

ديناميكية، بتسجيله لمعدل نمو بواقع 9,5% في سنة 2007، مقابل 11,6% في سنة 2006[1]. وقد ساهم هذا القطاع بأكثر من 8% في الناتج الداخلي الخام. وقد تجسد ذلك أكثر من خلال المجهودات الكبيرة التي بذلت في بناء الوحدات السكنية. وقد حظي قطاع البناء، والأشغال العمومية باهتمام السلطات الجزائرية، بسبب العجز الكبير، المسجل في ميدان السكن والمنشآت القاعدية. وبقي هذا القطاع يسجل مستويات نمو سنوية معتبرة، خصوصا إذا عرفنا بأن نصف الغلاف المالي تقريبا، والمعتمد في إطار البرنامج التكميلي لدعم النمو الاقتصادي (PCSC) للفترة 2005–2009، هو موجه لهذا القطاع الحيوي.

أما القطاع الزراعي فقد حقق معدل نمو قياسي في سنة 2003 بلغ 17%، ليتراجع في سنة 2004 إلى حدود 2,2%[2]. وفي سنة 2007، تم تسجيل معدل نمو بلغ 5,9%، مقابل 4,9% خلال سنة 2006. وساهم هذا القطاع بنسبة 7,6% في الناتج الداخلي الخام.

ويبقى مردود الإنتاج الزراعي مقبولا إلى حد ما، خصوصا فيما يتعلق بإنتاج الخضر والفواكه، وبدرجة أقل الحبوب. وذلك بفضل الظروف المناخية المواتية، إضافة إلى البرامج الوطنية الداعمة في إطار المخطط الوطني للتنمية الريفية.

إن الصادرات، خارج قطاع المحروقات، والتي لا تتعدى حصتها 2% من إجمالي الصادرات تطرح إشكالية تنويع مصادر العملة الصعبة، ومن ثم القدرة التنافسية للاقتصاد الجزائري في ظل التوجهات الجديدة لاقتصاد السوق، ومواجهة المنافسة الدولية.

فالاقتصاد الجزائري هو اقتصاد ريعي(اقتصاد وحيد الجانب)، والدور الذي يلعبه قطاع المحروقات، يجعل ميزانية الدولة عرضة لتقلبات أسعار هذه المادة في السوق الدولية. هذه العائدات تشكل موردا أساسيا لخزينة الدولة، وعنصر اندماج كبير للاقتصاد الجزائري في الاقتصاد العالمي.

إن تبعية الجزائر للسوق الدولية، في العديد من المنتجات تنجر عنها صعوبات عديدة وذلك على خلفية الارتفاع الذي يسجله سعر صرف الأورو مقابل الدولار الأمريكي، وهذا رغم المستويات المرتفعة لأسعار النفط التي تجاوزت عتبة 100 دولارا للبرميل في أواخر سنة 2008. وتبقى أمام الجزائر جملة من التحديات تتمثل أساسا في حسن استعمال عائدات

---

(1) *BAfD / OCDE, perspectives économiques en Afrique 2008, op.cit, p133.*

(2) *BAfD / OCDE, perspectives économiques en Afrique 2006, p 116.*

المحروقات بمنظور بعيد المدى، يسمح بتجسيد أهداف التنمية الشاملة من جهة، وضمان حقوق الأجيال القادمة من جهة أخرى.

غير أن العائدات الجزائرية الصافية، الناتجة عن تصدير المحروقات، تصطدم بمعطيات جديدة، تميزها تراجع سعر صرف الدولار باعتباره العملة المتعامل بها. وفي المقابل فإن ارتفاع سعر العملة الأوروبية الموحدة الأورو، يساهم بشكل كبير في تقليص وتراجع الفوائد الناتجة عن هذه الطفرة النفطية. بحيث إن الجزائر تستعمل هذه العملة (الأورو) لتسديد نسبة كبيرة من وارداتها. ضف إلى ذلك أن أهم السلع والمنتجات سجلت أسعارها ارتفاعا كبيرا في السوق الدولية، وكذا كلفة نقلها بسبب ارتفاع قيمة العملة الأوروبية.

لقد عجزت الجزائر عن إيجاد البدائل الموضوعية لبناء اقتصاد تنافسي، وفعال، خارج قطاع المحروقات، وتوظيف مواردها المالية بالشكل الذي يتيح لها تنويع صادراتها.

وبعبارة أخرى، فإن الجزائر رغم تحقيقها للتوازنات الاقتصادية الكبرى، لم تتمكن لحد الآن من تجاوز العقبات الاقتصادية التي تحول دون تأمين مستويات النمو بمعدلات مقبولة. وهو ما يفرض على السلطات العمومية الإسراع في الإصلاحات الهيكلية والتشريعية، سعيا لتحسين بيئة الاستثمار، خصوصا فيما يتعلق بعصرنة القطاع المصرفي، انسحاب الدولة التدريجي من بعض القطاعات التنافسية، ومواصلة تحرير التجارة الخارجية، ودعم القطاع الخاص الناشئ الذي يعتبر دعامة أساسية لتحقيق تنمية مستدامة خارج قطاع المحروقات. كل هذه الإجراءات من شأنها تحقيق مقومات الانتقال إلى اقتصاد السوق، وتنويع النشاط الاقتصادي بما يضمن معدلات نمو اقتصادية دائمة. يتم معها امتصاص معدلات البطالة التي تبقى مرتفعة خصوصا لدى فئة الشباب.

وأمام الجزائر فرصة سانحة للاستفادة من ارتفاع أسعار النفط العالمية في بناء اقتصادها، وخلق قاعدة إنتاجية استراتيجية، موازية لقطاع الصناعات الاستخراجية، والتي يمكن أن تساهم بشكل تدريجي وفعال، في تكوين الدخل الوطني، ومحاولة الاستفادة من فرصة ثانية متمثلة في التغيرات الديموغرافية التي تعرفها بلادنا.

إن الاحتياطي الكبير من المحروقات في الجزائر، يمكن أن يكون حافزا لاقتصادها شريطة استعماله بطريقة رشيدة وفعالة، بما يسمح ببلوغ الأهداف الاقتصادية، من خلال زيادة معدلات النمو الاقتصادي، ورفع مستويات التشغيل. بعبارة أخرى يمكن لهذه العائدات

أن تستجيب للاحتياجات الاقتصادية الحالية، والاستثمار في المستقبل الاقتصادي للبلاد(1). وكبعض الاقتصاديات المعتمدة بالأساس على الموارد الطبيعية، فإن الجزائر لم تستطع لحد الآن من استعمال هذه الثروة، لخلق الشروط الملائمة للنمو، وبعث تنمية اقتصادية دائمة وسريعة.

وقد دفعت الضغوط الاجتماعية، ومستويات البطالة في أوساط السكان النشطين الحكومة الجزائرية، إلى تبني ما عرف ببرنامج دعم الإنعاش الاقتصادي للفترة (2001– 2004)، رصد له مبلغ سبعة ملايير دولار أمريكي (525 مليون دينار جزائري)، في محاولة لتخفيف حدة الضغوط الاقتصادية والاجتماعية، باستخدام عائدات البترول غير المتوقعة. وتجسد ذلك في تكثيف مشاريع الاستثمار في البنية الأساسية، دعم الإنتاج الزراعي والمؤسسات الصغيرة والمتوسطة. مع الإشارة إلى أن هذا البرنامج الأول كان متواضعا من حيث حجم الاستثمارات المبرمجة، والمنجزة. ولجأت الجزائر إلى تدعيمه ببرنامج آخر عرف بالبرنامج التكميلي لدعم النمو الاقتصادي (PCSC)، يمتد على فترة خمس سنوات (2005– 2009) وبقيمة إجمالية أولية بلغت 55 مليار دولار. ومع اعتماد برامج خاصة بمناطق الجنوب والهضاب العليا، فإن الغلاف المالي الذي اعتمد في البداية قد تضاعف مع مرور الوقت، ليصل إلى حوالي 114 مليار دولارا (8705 مليار دينار جزائري).

التقييم الذي أصدره البنك العالمي حول البرنامج الأول (برنامج دعم الإنعاش الاقتصادي)(2) أشار إلى تواضع النتائج المحققة في مستويات النمو الاقتصادي. ومن الزاوية المالية، فإن تحليل المشاريع المعتمدة، وتلك المنجزة، قد كانت مكلفة جدا دون بلوغها الأهداف المسطرة. إضافة إلى ذلك، فإن مناصب الشغل التي تم توفيرها، في هذا الإطار كانت في أغلبها مناصب شغل مؤقتة (عقود ما قبل التشغيل...). وهو ما يعني أن تدعيم القدرة الشرائية في مثل هذه الحالات هي ظرفية.

أما البرنامج الثاني، وبالنظر لكبر حجم المشاريع المعتمدة، وعددها، فالمشكلة الأساسية تكمن في مدى القدرة على التحكم فيها، خاصة من الناحية التمويلية. ومن ثم التساؤل حول مدى قدرة الدولة، في المحافظة على نفس مستويات الإنفاق الحالية.

---

(1) *FMI, Algérie : questions choisies, rapport du FMI No 05 / 52, Mai 2006, p 15.*

(2) لمعلومات أكثر أنظر:

Banque Mondiale, République Algérienne Démocratique et Populaire, à la recherche d'un investissement publique de qualité, Rapport N 36270-DZ, texte principal, 15 aout 2007, op.cit.

تجدر الإشارة إلى أن الاعتمادات المالية التي تم رصدها، في إطار هذا البرنامج الثاني (البرنامج التكميلي لدعم النمو الاقتصادي)، للقطاع الصحي، قد بلغت 81,5 مليار دينار جزائري[1]، وهو ما يمثل نسبة 2% من الغلاف المالي الإجمالي لهذا البرنامج. أقل من نصف هذه الاعتمادات خلال الفترة 2005-2007 كانت موجهة لانجاز منشآت صحية جديدة. والحصة الأكبر موجهة لعصرنة الوحدات الصحية القائمة (إعادة التأهيل، واقتناء التجهيزات الطبية). هذه المبالغ المخصصة في إطار هذا البرنامج تعتبر كبيرة إذا ما قورنت بالسنوات السابقة، فالمبلغ المخصص في 2006-2007 هو تقريبا مساو لما تم تخصيصه في الخمس سنوات السابقة.

من جهة أخرى، فإن هذا البرنامج الثاني يتوقع من خلاله انجاز مشاريع ضخمة في حدود 30 مليار دينار جزائري، كإنجاز سبع مستشفيات، أربعة مراكز خاصة بمرضى السرطان، خمسة مراكز لطب الشيخوخة، خمسون عيادة متعددة الخدمات، ومائة مصلحة للأمومة، إضافة إلى عمليات تجهيزها.

ويبقى تجسيد هذه المشاريع الحساسة يتوقف على فعالية الدراسات التقنية المنجزة، ومن ثم حسن توطين المشاريع الصحية، وتسهيل الوصول إليها، بما يسمح بتحسين أكثر للمؤشرات الصحية، وتجسيد مبدأ العدالة والإنصاف بين مختلف الفئات والمناطق.

بالإضافة إلى ما ذكر فإن نجاح برنامج الخوصصة، الذي تم اعتماده منذ مارس من سنة 2000، يعتمد أساسا على درجة الإعداد الجيد له، من خلال تصنيف هذه المؤسسات الجزائرية بحسب وضعيتها الاقتصادية، والمالية، سعيا للتخفيف من الأعباء التي تتحملها ميزانية الدولة كنتيجة لدعم المنشآت الخاسرة.

ويبقى الهدف الأساسي لهذا البرنامج هو تخفيف العبء الإداري، والمالي على السلطات العمومية، وتقليص دور القطاع العام في النشاط الاقتصادي، تشجيع المنافسة، الرفع من الكفاءة في استخدام الموارد الاقتصادية المتاحة، في محاولة جادة لتسريع وتيرة النمو الاقتصادي، ورفع الإنتاجية، والعمل على إشراك القطاع الخاص بشكل فعال ومنظم في الأنشطة الاقتصادية ذات القيمة المضافة.

(1) *Banque Mondiale, République Algérienne Démocratique et Populaire, à la recherche d'un investissement publique de qualité, Rapport N 36270-DZ, texte principal, 15 aout 2007, op.cit., p 179.*

2-1-2 الاقتصـــاد التونسي:

منذ أزمة ميزان المدفوعات في منتصف الثمانينيات، وفي إطار المحاولات الجادة لمعالجة الاختلالات المتزايدة في الاقتصاد الكلي، شرعت تونس في تطبيق برامج لتحقيق الاستقرار والتكييف الاقتصادي، استهدفت بالدرجة الأولى تشجيع دور القطاع الخاص في قيادة عملية التنمية الشاملة، مع تقليص دور القطاع العام. هذا التوجه نحو تنمية القطاع الخاص الوطني دفع الدولة بالتدريج إلى خوصصة الكثير من القطاعات العمومية، وضخ عائداتها المالية في القطاعات الإنتاجية. وقد عملت تونس في هذا الاتجاه من خلال تسريع وتيرة اندماجها في الاقتصاد العالمي، ونجحت في تنويع صادراتها، بالتركيز على السلع المصنعة ، مبتعدة عن صادرات المواد الطبيعية، التي يهيمن عليها النفط والغاز. وتتكون الصادرات التونسية حاليا من المنسوجات، والمنتجات الجلدية، التي تشكل50% من الصادرات. كما يعتبر قطاع الخدمات أكبر مساهم في الاقتصاد التونسي، يليه القطاع الصناعي الذي أصبح يتسم بالنشاط والحيوية في المرتبة الثانية من حيث الحجم، في حين لا تزال الزراعة تمثل قطاعا رئيسيا في الاقتصاد التونسي، من خلال مساهمته بحوالي 12% من الناتج الداخلي الخام.

ومنذ تطبيق برنامج تثبيت أوضاع الاقتصاد الكلي، سجل الاقتصاد التونسي معدلات نمو إيجابية، حيث حقق الناتج الداخلي الخام معدل نمو بلغ في المتوسط 4,8**%** خلال الفترة 1991–2000. وكانت التوقعات تشير إلى أن إلغاء نظام حصص اتفاقية الألياف المتعددة في 2005، والارتفاع الكبير في مستويات أسعار النفط، من شأنه أن يؤثر بشكل ملحوظ على مستويات نمو الاقتصاد التونسي، الذي يعتمد على استيراد النفط، ويمثل فيه قطاع النسيج ركيزة أساسية.

ويبدو من المؤشرات الأخيرة، أن الاقتصاد التونسي قد تجاوز الصدمة المتعلقة بإلغاء اتفاقية الألياف المتعددة[1]، بدليل النتائج الاقتصادية الايجابية، التي بلغ معها معدل نمو الناتج الداخلي الخام 6% سنة 2004، و04% في سنة 2005، 6,3% في سنة 2007. واستطاعت تونس أن تتحكم في عجز الميزان التجاري، ومستويات التضخم المقبولة. مع توقع معدلات نمو إيجابية في السنوات المقبلة، مثلما يوضحها الشكل البياني الموالي.

---

(1) *L'accord multifibre.*

شكل رقم (19): معدل نمو الناتج الداخلي الخام من حيث الحجم في تونس



	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
نسبة النمو	6,1	4,7	5	1,7	5,6	6	4	5,5	6,3	5,5	5,6

بالنسبة لمعدلات النمو لسنتي **2008**، **2009**، هي نسب متوقعة.

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على المعطيات الاحصائية الواردة في:

BAfD/ OCDE,Perspectives économiques en Afrique 2008,annexe statistique, op.cit, p683.

قبل الإلغاء النهائي لاتفاقية الألياف المتعددة، في سنة 2005، فإن قطاع النسيج التونسي كان يمثل حوالي 50% من إجمالي الصادرات، بقيمة 3 مليار أورو سنويا. ويضم حوالي 2000 مؤسسة، توفر 250.000 منصب شغل(1). وهو ما يبين ثقل، ودور هذا القطاع في الاقتصاد التونسي. ومع إلغاء اتفاقية الألياف المتعددة، فإن ذلك ينذر بتعرض هذا القطاع إلى منافسة شديدة من المنتجات الصينية، بدخولها السوق الإفريقية والأوربية. كما أن هذه المنافسة ستكون كبيرة في الداخل بحكم الشراكة مع الاتحاد الأوروبي، وخلق منطقة التبادل الحر بداية من سنة 2005. وبالإضافة إلى هذه التحديات، فإن محدودية السوق الداخلية التونسية من شأنها أن تحد من فعالية الشركات التونسية. وبالنظر لهذه المستجدات، فقد سجل قطاع النسيج تراجعا في مستوى النمو، وتم إلغاء حوالي 6000 منصب شغل بين السداسي الثاني لسنة 2005، والسداسي الأول من سنة 2006. مع التذكير أن توقعات البنك العالمي كانت تشير إلى فقدان قرابة 100.000 منصب شغل(2).

ولا تزال الزراعة تمثل قطاعا رئيسيا في الاقتصاد التونسي، غير أنه يتسم بتذبذب مستويات نموه، ومن ثم نسبة مساهمته في الناتج الداخلي الخام، ويرجع ذلك بالأساس إلى الظروف المناخية، ومع ذلك يبقى هذا القطاع يشكل دخل حوالي 16% من قوة العمل، 12% من الناتج الداخلي الخام في سنة 2006. فبعد تسجيل تراجع بنسبة 7% في سنة 2005، بسبب

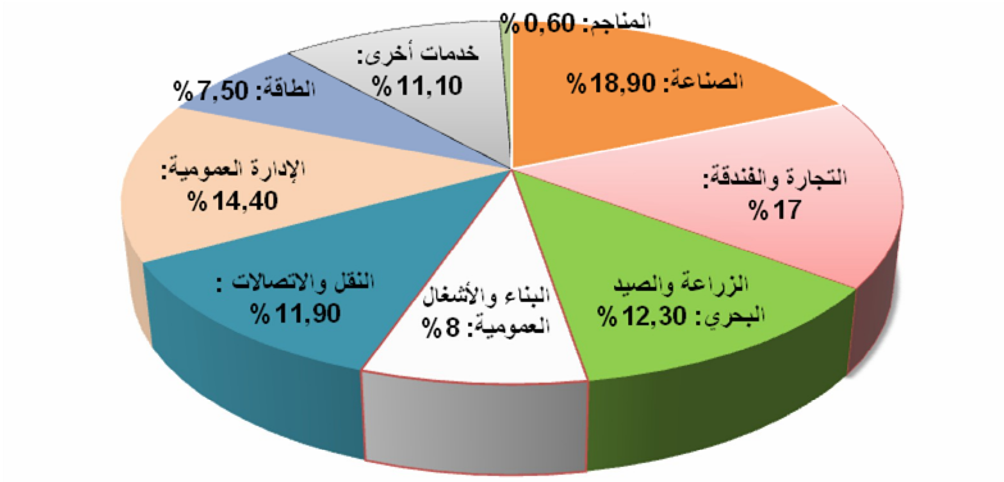
---

(1) *BAfD/ OCDE, Perspectives économiques en Afrique 2007, p 578.*
(2) *IDEM.*

موجة الجفاف، فإن معدل نمو هذا القطاع قد ارتفع إلى 2,5% و2,1% في سنتي 2006 و2007 على التوالي[1]. وهو ما سمح بتخفيض فاتورة الاستيراد.

أما قطاع الخدمات الذي يشكل 40% من الناتج الداخلي الخام، ونصف السكان النشطين، فقد عرف منذ سنوات توسعا كبيرا، وسمح برفع مستوى النمو الاقتصادي التونسي. فالتكنولوجيا الجديدة في مجال الإعلام والاتصال، أصبحت قطاعا استراتيجيا بالنظر لمناصب الشغل التي يتيحها. غير أن السياحة تبقى الرائدة في قطاع الخدمات التونسية، ومصدرا أساسيا للعملة الصعبة. وقد شكلت في سنة 2006 نسبة 6% من الناتج الداخلي الخام، مع تشغيلها لأكثر من ثلث السكان النشطين[2].

شكل رقم(20): نسبة مساهمة أهم القطاعات في الناتج الداخلي الخام في تونس لسنة 2006



المصدر: *BAfD / OCDE, perspectives économiques en Afrique 2008, op.cit. p 638*

السمة المميزة لانفتاح تونس الخارجي[3] هي اتفاق الشراكة مع الاتحاد الأوربي الموقع عام 1995، والرامي إلى خلق منطقة تجارة حرة للسلع الصناعية، خلال فترة تطبيق تمتد على مدار إثنى عشر سنة (12) سنة (1996–2008). وقد منح هذا الاتفاق المبرم، فرصة لتطوير الشركات التونسية، وإعدادها لبيئة أكثر تنافسية. كما وقعت تونس اتفاقية مع منطقة التجارة الحرة العربية الكبرى (*GAFTA*)، التي تضم 18 بلدا. واتفاقيتين متعددتي الأطراف: اتفاقية أغادير مع كل من المغرب، الأردن، ومصر. واتفاقية مع الرابطة الأوروبية للتجارة الحرة، التي تضم كل من سويسرا، النرويج، أيسلندا، وليختنشتاين.

---

(1) *BAfD/ OCDE, Perspectives économiques en Afrique 2008,op.cit, p 638.*
(2) *IDEM.*
(3) الموقع الإلكتروني للبنك العالمي، موجز إعلامي عن تونس: *www.worldbank.org*

وإلى جانب ذلك، تم إبرام العديد من اتفاقيات شراكة ثنائية مع كل من المغــرب الأردن، العراق، سوريا، ليبيا، وتركيا.

ويعتمد الاقتصاد التونسي بالأساس على سوق واحدة هي الإتحاد الأوربي، إضافة إلى عدم تنوع صادراتها بالشكل، والحجم الكافيين لمواجهة هذه التحديات المستقبلية. فحوالي 75% من حجم تجارة هذا البلد المغاربي يتم مع الإتحاد الأوربي، الذي يشكل مصدرا لتدفقات رأسمالية تبلغ 67% من إجمالي التدفقات الواردة إلى تونس. إضافة إلى كونه يشكل شريحة كبيرة من سوق السياحة التونسية[1]. وعليه فإن الاقتصاد التونسي سيكون عرضة للأوضاع الاقتصادية السائدة في الاتحاد الأوربي، وتأثير ذلك على حجم الطلب الخارجي على المنتجات التونسية، والطلب الداخلي (تحويلات العاملين، السياحة).

ويمثل اتفاق الشراكة مع الاتحاد الأوربي اختيارا استراتيجيا للسلطات التونسية بغرض الانخراط الفاعل في الاقتصاد العالمي، وهو ما يقتضي تجاوز الصعوبات المرحلية المتعلقة بتجسيده على أرض الواقع. وإعطاء دفع جديد للاقتصاد الوطني، وتدعيم القدرة التنافسية للمؤسسات الاقتصادية من خلال تحسين الأداء، رفع المردودية، العمل على تشجيع وتعزيز التوجه نحو الاستثمارات المنتجة، وعصرنة البنية التحتية. وبالنظر لضيق السوق المحلية كما قلنا، فإن مستويات النمو والاستثمارات ستتحدد بشكل كبير من خلال قدرة الصادرات التونسية على مسايرة ظروف المنافسة، وزيادة الاندماج في الاقتصاد العالمي.

وتبقى التحديات الأساسية لتونس تتمثل في تحقيق المزيد من النمو الاقتصادي، وتعزيز الترابط بين البعدين الاقتصادي والاجتماعي في عملية التنمية الشاملة، من خلال العمل على تخفيض وامتصاص معدلات البطالة المرتفعة التي بلغت 14,3% سنة 2006[2]. وهو ما يستدعي تبني سياسة تشغيل ناجعة فيما يخص الفئات الشبانية، وبالأخص ذات المستوى التعليمي (مستوى التعليم الثانوي والعالي). كل ذلك من أجل تحسين ظروف العيش، تحقيق نوع من العدالة الاجتماعية، توسيع مجال الاستفادة من مختلف الخدمات المقدمة، استقرار المجتمع، وترسيخ دعائم اقتصاد المعرفة.

---

(1) البنك الدولي، البنك الإسلامي للتنمية، تونس: فهم عملية التنمية الاجتماعية و الاقتصادية الناجحة، تقييم للمساعدات مشترك بين البنك الدولي، والبنك الإسلامي للتنمية، 2005، ص6.

(2) *INS Tunisie, Statistiques économiques et sociales de la Tunisie. www.ins.tn*

3-1-2 الاقتصاد المغربي :

في أعقاب الأزمة الاقتصادية لعام 1983، خفضت الحكومة المغربية بدرجة كبيرة من الحماية التجارية، العجز المالي، بالإضافة إلى إعادة جدولة ديونها الخارجية. هذه الإجراءات الاقتصادية والمالية المتشددة ساهمت في تحسين نسبي للمؤشرات الاقتصادية الكلية، بحيث تحقق معدل نمو بلغ في المتوسط 4,5% خلال الفترة (1985-1991)، مع نمو في حجم الصادرات بمعدل 9% خلال نفس الفترة. غير أن انخفاض الناتج الداخلي الخام خلال فترة التسعينيات (1991-1998) إلى حدود 2,8% كان سببه بالدرجة الأولى موجات الجفاف التي تسببت في تدني مردود القطاع الزراعي، والذي سجل متوسط هبوط سنوي بلغ (0,3-) خلال الفترة المذكورة(1).

إن الاقتصاد المغربي هو اقتصاد فلاحي، ويمثل مصدر عيش نصف السكان، ويشغل أزيد من نصف العمالة النشطة. أهمية هذا القطاع في الاقتصاد المغربي تبرز من خلال(2):

- النمو الاقتصادي الإجمالي مرتبط، بشكل كبير، بنمو القطاع الفلاحي، ومن المرجح أن تبقى هذه الوضعية قائمة على الأقل على المدى المتوسط.
- 60% من فقراء المغرب، و47% من إجمالي السكان يعيشون في المناطق الريفية ومداخيلهم مرتبطة بمنتجات هذا القطاع .

وبعد حالة التراجع التي طبعت معدل نمو الاقتصاد المغربي، فقد استرجع هذا المؤشر مستويات مقبولة، ولكنها متذبذبة. فرغم تسجيل تسارع في وتيرة النمو، منذ 2001، إلا أن ذلك لم يكن بالشكل الكافي، الذي يمكن معه تخفيض معدلات الفقر، والتخفيف من حدة البطالة التي تبقى مرتفعة في المناطق الحضرية بالخصوص.(3)

معدل النمو الاقتصادي هذا، وإن عرف بعض الارتفاع كما قلنا، فإنه غير كاف، ويبقى مرتبطا بتطور القطاع الأولي (الزراعة) الذي يتأثر بدوره بالتقلبات المناخية، وتساقط الأمطار. فبفضل المردود الفلاحي الجيد، سجل الناتج الداخلي الخام قفزة نوعية بمعدل نمو 08% في سنة 2006، ليتراجع هذا المعدل إلى حدود 2,4%، في سنة 2007، متأثرا بعدة

---

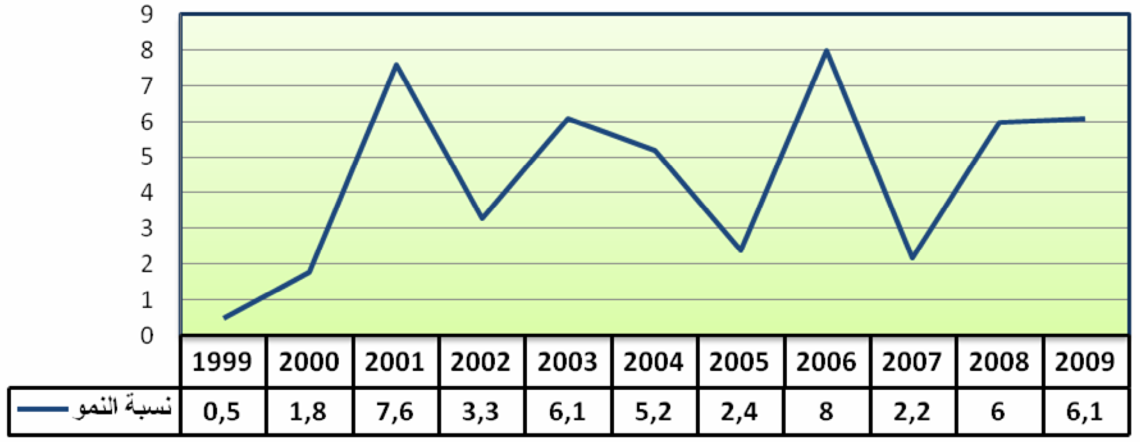
(1) *La banque mondiale, Royaume du Maroc, rapport sur la pauvreté : comprendre les dimensions Géographiques de la pauvreté pour en améliorer l'appréhension à travers les politiques publiques, rapport No. 28223 – MOR, Septembre 2004, p 13.*

(2) *IDEM*

(3) الموقع الإلكتروني للبنك العالمي، موجز إعلامي عن المغرب: *www.worldbank.org*

عوامل منها، ارتفاع أسعار المحروقات والمواد الأولية في الأسواق العالمية، إضافة إلى ضعف مردود القطاع الأولي(الزراعة)، الذي تأثر كثيرا بموجة الجفاف التي يعرفها المغرب. ويمكن توضيح معدلات النمو المسجلة في هذا البلد من خلال الشكل الموالي.

شكل رقم (21): معدل نمو الناتج الداخلي الخام في المغرب من حيث الحجم 2009-1999



المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على المعطيات الاحصائية الواردة في:

BAfD/ OCDE,Perspectives économiques en Afrique 2008,annexe statistique, op.cit, p683.

وقد ساهم قطاعي الصيد البحري والزراعة بنسبة 13,3 % من الناتج الداخلي الخام خلال سنة 2005، مقابل 15,3% في سنة 2004. عدم ملاءمة الظروف المناخية التي سادت 2005 كان لها تأثير سلبي على الإنتاج الزراعي، وبلغ إنتاج الحبوب 42 مليون قنطار، أي بانخفاض 50% عما تم تحقيقه في سنة 2004 (85 مليون قنطار)(1). هذا الإنتاج بلغ 79 مليون قنطار في سنة 2003، بما يفوق النصف مقارنة بسنة 2002(2).

وقد عرف القطاع الأولي معدل نمو قياسي بلغ 21% سنة 2006، بفضل الظروف المناخية المناسبة (كميات الأمطار المتساقطة). مما سمح بتحقيق 92 مليون قنطار من الحبوب ليتراجع المحصول إلى حدود 20 مليون قنطار في سنة 2007(3). وقد سمح نمو المحاصيل الزراعية الأخرى، بتخفيف الآثار السلبية لإنتاج الحبوب.

ورغم الأولوية التي توليها الحكومة للقطاع الزراعي، يعرف الاقتصاد المغربي تنوعا في أداء القطاعات الأخرى، مع تنامي مساهمة القطاعين الثاني والثالث في الناتج الداخلي الخام.

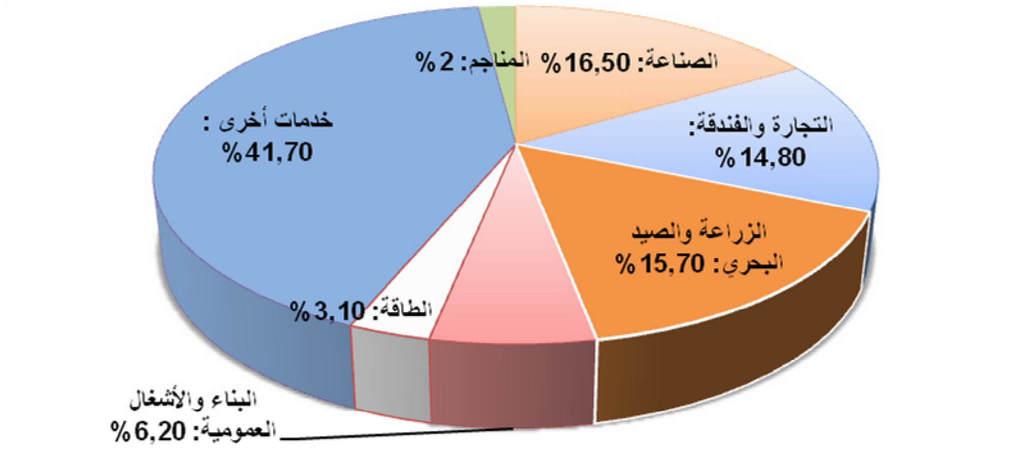
---

(1) *BAfD/OCDE, Perspectives économiques en Afrique, 2006, op.cit, p 390*

(2) بنك المغرب، التقرير السنوي 2003، ص 26.

(3) *BAfD/ OCDE,Perspectives économiques en Afrique 2008, op.cit, p 460.*

شكل رقم(22): نسبة مساهمة أهم القطاعات في الناتج الداخلي الخام في المغرب لسنة 2006



المصدر: *BAfD / OCDE, perspectives économiques en Afrique 2008, op.cit. p 460.*

وبالإضافة إلى المعطيات المناخية، فإن اقتصاد هذا البلد المغاربي معرض أيضا لهزات أخرى، خصوصا مع إلغاء اتفاقية الألياف المتعددة (نظام الحصص) بداية من جانفي 2005. وهو ما قد يؤثر على نمو الإنتاج الصناعي، وبخاصة قطاع النسيج، بفعل المنافسة التي ستتعرض لها المنتجات المغربية في الأسواق الداخلية والخارجية، شأنها شأن قطاع النسيج التونسي. وقد بدأت آثار هذه المنافسة الخارجية تظهر، من خلال تراجع صادرات المغرب النسيجية بـــ 17% (بالقيمة) خلال الخمسة أشهر الأولى من سنة 2005. هذه الوضعية تهدد بفقدان 20.000 منصب شغل في هذا القطاع. وتتوقع وزارة الصناعة المغربية أن يتم فقدان 30% و20% في مجالي التشغيل، والتصدير على مدار الخمس سنوات المقبلة[1].

ومن المتوقع أيضا، أن تتزايد الضغوط على الميزانية العامة، في ظل ارتفاع أسعار المواد الأولية وأسعار الطاقة في الأسواق العالمية. والتي يعتمد فيها المغرب على عمليات الاستيراد بنسبة 96% لتلبية احتياجاته.

وتبقى مؤشرات نشاط القطاع الثالث إيجابية، حيث ساهم بنسبة 55% من الناتج الداخلي الخام لسنة 2004[2]. وتسجيله لمعدلات نمو إيجابية بلغت 5,7% في سنة 2007، مقابل 5,5% في سنة 2006. وتفسير هذا المردود يكمن في مستويات النشاط، التي تعرفها مجالات السياحة، الاتصالات، والخدمات المالية[3].

---

(1) *BAfD/OCDE, Perspectives économiques en Afrique, année 2006, op. cit, p 392.*
(2) *IDEM*
(3) *BAfD/OCDE, Perspectives économiques en Afrique 2008, op.cit, p 462.*

حركية السياحة يترجمها عدد السياح الوافدين إلى المغرب، والذي بلغ 6,5 مليون سائح في خلال الفترة الممتدة من جانفي، إلى نهاية أكتوبر من سنة 2007. أي بنمو 14% مقارنة بنفس الفترة لسنة 2006. هذه الزيادة في عدد السياح، جعلت إيرادات هذا القطاع الحيوي ترتفع في نهاية أكتوبر 2007 إلى 49,5 مليار درهم، مقابل 43 مليار درهم من نفس الفترة لسنة 2006(1).

كما واصل المغرب سلسلة الإصلاحات الاقتصادية، من خلال خصخصة المؤسسات العمومية، بفتح رأسمالها أمام القطاع الخاص، تحرير الأسعار، والحد من مجالات تدخل الدولة في بعض النشاطات الاقتصادية، وغيرها من الإجراءات التي تهدف بالأساس إلى تشجيع وتفعيل دور القطاع الخاص المحلي، وجلب الاستثمارات الأجنبية. وتشير مختلف التجارب الدولية إلى ضرورة إشراك القطاع الخاص في تحريك عجلة التنمية، من خلال اتخاذ جملة من التدابير والإجراءات التشريعية، والتنظيمية، تتعلق بإصلاحات هيكلية، تحسين بيئة أنشطة الأعمال، والتركيز على الدور القيادي للمؤسسات الصغيرة والمتوسطة في تنمية الصادرات وقدرتها على خلق فرص العمل الكفيلة بتخفيض مستويات البطالة.

وقد استطاع المغرب أن يحافظ على عجز الميزانية في مستويات مقبولة، وهذا بفضل الإيرادات المتأتية من عمليات الخصخصة التي تم اعتمادها، ومن ثم ضخها في النشاطات الإنتاجية ذات القيمة المضافة. كما أمكن تغطية العجز التجاري بفضل التطور الإيجابي للإيرادات السياحية، وتحويلات المغاربة المقيمين في الخارج. إضافة إلى ما ذكر فإن السياسة المالية الحذرة، والمتشددة التي انتهجها المغرب، سمحت له بالمحافظة على مستويات تضخم في حدود المستويات الدولية. فالتقديرات الخاصة بسنة 2007 تتوقع معدل تضخم 2,5%، ومعدل 2,6% سنة 2008(2).

إن النتائج الاقتصادية المحققة في السنوات الأخيرة تبدو إيجابية إلى حد ما، من خلال مستويات النمو الإيجابية فإنها تبقى غير كافية. فالسلطات المغربية، ومعها صندوق النقد الدولي يتفقان بشأن نقطة أساسية وهي، أنه لكي يكون هناك تأثير فعلي على معدلات البطالة ومستويات الفقر، فإن النمو الاقتصادي لا بد أن يتجاوز حدود 5% سنويا ولفترة مستمرة(3).

(1) *BAfD/OCDE, Perspectives économiques en Afrique 2008, op.cit, p 462.*
(2) *IDEM, p 464.*
(3) *Fonds Monétaire International, Maroc, Rapport des services du FMI pour les consultations de 2004 au titre de l'article IV, 13 avril 2004, p 10.*

وهو ما من شأنه تحقيق معدلات تشغيل تسمح بامتصاص الأعداد المتزايدة في سوق العمل وخصوصا حاملي الشهادات الجامعية. فالنمو المتسارع، ورفع القدرة التنافسية للاقتصاد تعتبر من العوامل المهمة والحاسمة في محاربة ظاهرة الفقر في المغرب، والتي تبقى ظاهرة قروية بالدرجة الأولى.

إن تحقيق نمو اقتصادي مستدام يتطلب تعزيز الاستثمار، تحديث القطاع الأولي بالإضافة إلى ضبط المالية العمومية، وانتهاج سياسة نقدية حذرة لتعزيز متانة القطاع المالي في محاولة جادة لاستقطاب الاستثمار المحلي والأجنبي، ومن ثم الاستفادة من مزايا الانفتاح الاقتصادي، ومواجهة التحديات التي تفرضها العولمة، واتفاقيات التبادل الحر الموقعة مع العديد من الشركاء الأجانب. فبالإضافة إلى اتفاقية الشراكة والتبادل الحر مع الإتحاد الأوربي سنة 1996، والتي دخلت حيز التنفيذ سنة 2000، فقد قام المغرب بإبرام اتفاقيات ثنائية مع بعض البلدان العربية كتونس، مصر، والأردن، إضافة إلى تركيا ومؤخرا مع الولايات المتحدة الأمريكية[1]. هذه الاتفاقية الأخيرة تتضمن التزامات تشمل عمليات الاستثمار والخدمات المالية. وبالرغم من تحديد فترات انتقالية واستثناءات مؤقتة في جل المجالات، فإن المزايا المتوقعة في إطار هذا الاتفاق تتوقف على مدى استفادة المغرب من هذه الآجال الممنوحة، والإسراع في إقرار الإصلاحات الهيكلية، وخاصة تلك التي تهدف إلى تعزيز القطاع المالي[2].

ورغم تحرير التجارة الخارجية، فإن الصادرات المغربية، التي تعتبر مؤشرا على مستوى النمو الاقتصادي، لم تستطع الاستفادة من الفرص المتاحة في إطار الانفتاح. في حين أن الواردات، وبفعل تخفيض الحقوق الجمركية، في إطار تنفيذ الالتزامات الدولية المتعلقة بالتبادل الحر، فقد عرفت نموا مستمرا بسبب العجز المسجل في المحاصيل الزراعية من القمح، وكذا ميدان الطاقة اللذان يمتصان لوحدهما ثلث عائدات الصادرات[3]، في ظل ضعف القدرة التنافسية للمنتجات المغربية في مواجهة نظيراتها الأجنبية. بالإضافة إلى ما ذكر فإن معدل الاستثمار الذي يتراوح بين (22% و25%) يبقى غير كاف لضمان نمو اقتصادي دائم

---

(1) *Royaume du Maroc,Objectifs du millénaire pour le développement, Rapport national, septembre 2005,p7*

(2) بنك المغرب، التقرير السنوي 2003، مرجع سبق ذكره، ص13.

(3) *Royaume du Maroc, Objectifs du millénaire pour le développement, septembre 2005, op. cit, p 08.*

ومستمر[1]. فالقطاع العام لم يجد بعد الدعم الكافي من القطاع الخاص المحلي والأجنبي رغم تنامي الاستثمار الأجنبي المباشر في السنوات الأخيرة.

إن التحديات الكبرى التي يواجهها المغرب مستقبلا هي ظاهرة البطالة التي قدرت في 2005 بـــ 11% من فئة السكان النشطين، إضافة إلى مشكلة الفقر التي تعتبر ظاهرة قروية. فحسب تقرير وزارة المالية والخوصصة، نجد فقيرا من بين كل أربعة أفراد يعيشون في البادية، مقابل فقير واحد لكل عشرة أفراد يعيشون في المدينة. فالعالم القروي لا زال يعيش على هامش التنمية، وهو ما يشجع على الهجرة الداخلية، وما يتبع ذلك من تدهور في مستويات المعيشة. كما أن النشاط الفلاحي يعتبر المورد الوحيد لسكان الأرياف، مما يجعل مداخيلهم غير مستقرة بفعل المعطيات المناخية، ولكون 90% من الأراضي الفلاحية توجد في مناطق بورية. ويزيد من حدة هذه الوضعية اقتطاعات الوسطاء، ارتفاع أسعار المواد الأولية، إضافة إلى العراقيل المرتبطة بالعقار[2].

وعلى الرغم من أن الفقر[3] قد تراجع من 21% إلى 13% في الفترة (19984–1992)[4] ومن 19% إلى 15% بين عامي 1999 و2004، فإن هذا التحسن يبقى هشا، ويتأثر بعدم استقرار النمو الاقتصادي المرتبط بالقطاع الفلاحي. ونسجل في واقع الأمر أن تراجع الفقر هو نتيجة للنتائج الجيدة المحققة في القطاع الفلاحي في الفترة ما بين 2001–2004. في حين أن ارتفاع الفقر في سنوات التسعينيات (من 13% عام 1991 إلى 19% عام 1999) كان محصلة لناتج اقتصادي ضعيف، نجم عن الجفاف الذي عانى منه المغرب لفترات طويلة.

إضافة إلى هذه العوامل السالفة الذكر، يعاني المجتمع القروي في المملكة المغرببية من قلة المنشآت الاستشفائية وسوء توزعها، وضعف نوعية الخدمات الصحية وعدم شموليتها هذه الوضعية جعلت نسبة الوفيات لدى الأمهات والمواليد مرتفعة (كما سنراها لاحقا). وتساهم كل هذه العوامل مجتمعة في تفاقم ظاهرة الفقر الذي تعاني منه الفئة النسوية في العالم القروي على الخصوص.

---

(1) *Royaume du Maroc, Objectifs du millénaire pour le développement, septembre 2005, op. cit, p08.*

(2) المملكة المغربية، وزارة المالية والخوصصة، مديرية الدراسات والتوقعات المالية، قانون المالية لسنة 2006، تقرير النوع، ص 19.

(3) ويعرف بنسبة السكان الذين يعيشون بأقل من دولار واحد في اليوم.

(4) *Commission des Communautés Européennes, Politique Européenne de voisinage, rapport sur le Maroc, document de travail des services de la commission, Bruxelles 12.5.2004, SEC (2004) 569, p 15.*

4-1-2 واقع الاقتصاديات المغاربية:

كحوصلة لما ذكرنا حول الاقتصاديات المغاربية، فإن برامج التعديل الهيكلي التي تبنتها هذه الدول، قد لقيت تشجيعا ودعما من المؤسسات المالية الدولية، كصندوق النقد الدولي والبنك العالمي. وتشكل هذه الإجراءات المتخذة من قبل الحكومات معالم معروفة في إعادة هيكلة اقتصادياتها، من خلال خوصصة المشروعات العامة، الإصلاحات الضريبية، تحرير التجارة والمبادلات الخارجية، تعزيز القواعد المؤسساتية لاقتصاد السوق، وإعادة النظر في القيود التنظيمية، وجعلها أكثر مرونة بما يتماشى والتوجهات الاقتصادية الجديدة، في محاولة لجعل معدلات النمو الاقتصادي في مستويات مقبولة ومستمرة.

غير أن تطبيق هذه الخطوات الإصلاحية بقي متذبذبا، وغير متكامل. وهو ما لم يسمح لدول المنطقة بتحقيق الانتعاش المطلوب لاقتصادياتها، بما يضمن مواجهة المتطلبات الاجتماعية المتنامية. فرغم النتائج الإيجابية المحققة في بعض المؤشرات الاجتماعية، فإن هذه الدول ما زال ينتظرها الكثير على الجبهة الاجتماعية (السكن، البطالة، التعليم، الصحة). ولأجل ذلك تسعى البلدان المغاربية للمحافظة على المكاسب المحققة، على صعيد الاستقرار الاقتصادي الكلي، والعمل على ترسيخ ودعم نتائج الإصلاحات الهيكلية، والإسراع في تنفيذ المتبقي منها لتحقيق بعض الأهداف التي تأتي في صدارة الأولويات:

- رفع معدلات النمو وإدامتها، وتنويع القاعدة الإنتاجية، على اعتبار أن معدلات النمو الحالية رغم تفاوتها فيما بين الدول الثلاث ، تبقى غير كافية لتحقيق تحسن ملموس وحقيقي في دخل الفرد، بالنظر لمعدلات الزيادة السكانية التي تبقى مرتفعة رغم تراجع معدلات الخصوبة .

- حل مشكلة البطالة على المدى المتوسط والطويل، والتي لم تعد تقتصر على العمالة غير المؤهلة وإنما أصبحت تشمل أعدادا متزايدة من ذوي التكوين العالي (خريجي الجامعات والمعاهد). وتجاوز هذه المعضلة يتأتى بتحقيق معدلات نمو تفوق الحالية، مع تنويع مجالات النشاط الإقتصادي.

فالدول المغاربية ملزمة بإجراء تحولات جذرية في اقتصادياتها، بغية تقوية المحركات الأساسية للنمو، وإيجاد الآليات والوسائل اللازمة للتعامل مع التحديات الكبرى للتنمية خصوصا فيما يتعلق بخلق فرص عمل جديدة لمسايرة حركة الوافدين الجدد لسوق العمل

واستيعاب أعداد العاطلين في الوقت الراهن. وهو ما يتطلب معدلات حقيقية لنمو اقتصادي تتراوح في المتوسط بين 06 و07% سنويا لفترة زمنية متصلة.

ولمواجهة هذه التحديات، فإن دول المنطقة مطالبة بالتحول إلى نموذج اقتصادي، يتيح لها إمكانية تحقيق معدلات نمو كفيلة بخلق فرص عمل جديدة بشكل ملموس، ومعها امتصاص معدلات البطالة التي تعاني منها شريحة الشباب، وخاصة حاملي الشهادات. هذا التحول في السياسات الاقتصادية المنتهجة يتطلب ثلاثة تغيرات تنظيمية أساسية ومترابطة.

* التحول من اقتصاد يسيطر عليه القطاع العام، إلى اقتصاد يقوده القطاع الخاص لأجل تحسين مستويات الأداء والكفاءة. وقد عملت هذه الدول بوتائر متباينة من أجل تفعيل دور الرأسمال الخاص، بتبني إصلاحات في مجال اللوائح التنظيمية لتحسين بيئة أنشطة الأعمال، والقطاع المالي. ورغم تفاوت مستوى النتائج المحققة، فإن نمو مساهمة القطاع الخاص في خلق القيمة المضافة بقيت بسيطة، بالنظر إلى ضعف حصته إلى إجمالي الاستثمارات. ولم يسمح معدل نموه خلال التسعينيات بتعويض تراجع الاستثمارات الحكومية

* الانتقال من اقتصاديات منغلقة إلى اقتصاديات أكثر انفتاحا. فدول المنطقة، ورغم النتائج المحققة، تعتبر الأقل انفتاحا على العالم الخارجي، ولم تستطع أن تكون طرفا فاعلا في توسع التجارة العالمية، وجلب الاستثمارات الأجنبية المباشرة. هذا التوجه يستوجب وجود صناعات محلية، قادرة على المنافسة في ظل السلع البديلة والأسعار التنافسية المفروضة.

* الانتقال من اقتصاديات هشة يسيطر عليها النفط، أو المواد الولية، إلى اقتصاديات أكثر ثباتا وتنوعا، والتقليل من الاعتماد على مصادر النمو الخاضعة للتقلبات المستمرة التي تحول دون التحكم في مستويات المالية العامة، والإنفاق الاجتماعي[1].

إن القرارات والسياسات المتبعة، تلعب دورا كبيرا في تحديد شكل رأس المال البشري ومعه رفاهية المجتمع. فإذا كانت القرارات المتخذة جيدة، فإن ذلك من شأنه أن يقي ويطور الرأسمال البشري، ومن ثم حسن توزيعه على الاستخدامات المعنية. وفي الحالة العكسية فإن معالجة نتائجها تكون مكلفة جدا. فالتسرب المدرسي، فترات البطالة الطويلة، مخاطر السلوك غير الصحي، هي عوامل يمكن أن تؤدي إلى أضرار دائمة.

---

[1] لمعلومات أوسع انظر:

Paul Dyer, Disponibilité de main d'œuvre, chaumage et création d'emplois dans le Maghreb, Banque mondiale pour la table ronde du Maghreb, pp 5, 6.

مفهوم التنمية، بشموليته، يفسر فشل مجهودات التنمية في هذه البلدان، والتي اكتفت بتحقيق المعايير الخارجية للتنمية في جوانبها الاقتصادية، دون تطوير قدراتها الذاتية المتصلة بالأمور الاجتماعية. بمعنى أن تلبية الحاجات الأساسية للفرد تشمل بالإضافة إلى الغذاء، السكن، الصحة، التعليم والعمل.

إن الاقتصاديات المغاربية تتميز بالأساس بفقر تنوعها كونها اقتصاديات تبادل، وبالتالي فهي عرضة لتطورات التجارة الخارجية، وتقلبات الأسعار في الأسواق الدولية. إضافة إلى الاستقطاب الجغرافي لتجارتها من قبل الإتحاد الأوربي، رغم تحرير التجارة العالمية.

وبالرغم من فرص التكامل التي يتيحها تفعيل اتحاد المغرب العربي، فإن التبادلات التجارية بين دوله تبقى ضعيفة جدا، مقارنة مع تلك المقامة مع الاتحاد الأوروبي. ففي سنة 2007، ومن بين 137 مليار دولار كقيمة التبادلات التجارية، نجد 2% فقط تعني دول المغرب العربي، مقابل 66% مع دول الاتحاد الأوروبي(1).

ورغم التقارب الاقتصادي الكبير بين هذه الدول، بانتهاجها لاقتصاد أكثر انفتاحا، ورغم وجود القواسم المشتركة بين شعوب المنطقة، والتي تلعب دورا مشجعا في بلورة هذه التوجهات. فإن ضعف التكامل الجهوي فيما بينها، لم يساهم في تجسيد عملية الاندماج.

وبعد مرور قرابة 20 سنة على تأسيس اتحاد المغرب العربي رسميا في 1989، لم تتمكن هذه الدول من النهوض بأهداف التأسيس، من أجل مواجهة التحديات التي تطرحها التحولات العالمية. بالرغم من توفر مقومات التكامل الاقتصادي في بعض المجالات (كالطاقة، والمنتجات الفلاحية)، هذه الأخيرة من شأنها تخفيض فاتورة الاستيراد، وتقليص التبعية الغذائية لبعضها.

وفي الوقت الذي نرى فيه التكتلات الإقليمية الموجودة تتفاوض في إطار مجموعة كالإتحاد الأوربي، فإن البلدان المغاربية تفاوضت، وتتفاوض بشكل فردي في الاتفاقيات المبرمة. وهو ما يضعف قدراتها التفاوضية في ظل سياسة الانفتاح. إضافة إلى خطر تقلص نصيب كل دولة في السوق العالمية، بفعل التطورات الاقتصادية الحديثة، خصوصا بالنسبة لصناعة النسيج الصينية، التي بإمكانها مزاحمة كل من المغرب وتونس على نصيبها في سوق النسيج مع إلغاء اتفاقية الألياف المتعددة (*Accord multifibre*)، والتي دخلت حيز التطبيق كما قلنا بداية من سنة 2005.

(1) *BAfD/OCDE, Perspectives économiques en Afrique 2008, op.cit, p 465.*

كما أن توسع الإتحاد الأوربي بانضمام دول جديدة، يظهر تحديات اقتصادية أخرى تتعلق خاصة بحجم الاستثمارات الأوربية المباشرة التي بإمكان الدول المغاربية الاستفادة منها، في ظل المنافسة التي ستخلقها هذه الدول المنضمة إلى الاتحاد الأوربي، واستقطابها لرؤوس الأموال. فعلى سبيل المثال لم تمثل هذه الاستثمارات في سنة 2003 سوى 1,4% من الناتج الداخلي الخام في الجزائر، 3,2% في كل من المغرب وتونس[1].

إن استقراء الواقع الاقتصادي لبلدان المغرب العربي يوضح بشكل جلي أن النمو الاقتصادي لدول المنطقة يبقى بعيدا عن إمكانياته الفعلية، مع ارتفاع مستويات البطالة والفقر. وهو ما يوحي بوجود عراقيل كبيرة تضعف التنمية الاقتصادية، مما يستوجب على هذه البلدان العمل بجدية في محاولة لإزالتها، والتخفيف من حدتها. غير أن تطبيق هذه الإصلاحات بقي متقطعا مشوبا بالتردد، وغير مكتمل. وقد ساهم ذلك في جعل استعادة المنطقة لانتعاش اقتصادياتها ضعيفا. فدول المنطقة تمتاز بسوق صغيرة ومجزأة، مما يجعل عملية الانفتاح والتكامل هي أحسن وسيلة لتحقيق التنمية المرجوة. كما أن الإجراءات التنظيمية المتبعة، تحد من إمكانية جلب الاستثمار الأجنبي، ولا تشجع مبادرات الاستثمار الخاص المحلي. يضاف إلى ذلك عدم قدرة الشركات المحلية لدول المغرب العربي بهيكلتها، وحجمها الحالي، على منافسة جدية للشركات الأوروبية والأجنبية عامة.

ترسيخ مضمون اتحاد المغرب العربي، أصبح ضرورة ملحة، لبعث تكتل اقتصادي جهوي، على غرار ما أنجزته دول الإتحاد الأوروبي. فخارج قطاع المحروقات، فإن بعث تكامل اقتصادي جهوي فعلي، يمكن من خلق سوق جهوية لأكثر من ثمانين (80) مليون مستهلك، وتجعل المنطقة قبلة للاستثمارات الأجنبية، مع قدرة تفاوضية أكبر. فغياب الاندماج المغاربي، حسبما تشير بعض الدراسات، يكلف كل دولة مغاربية خسارة على مستوى نسبة نموها تقدر بنسبة 2% بالنسبة لناتجها الداخلي الخام، وكذلك عجز في مواطن الشغل يقــدر بـــ 20 ألف فرصة عمل سنويا[2].

إن نسق العولمة المتسارع قد زاد من سقوف المطالب الاجتماعية في مجالات الصحة التعليم، السكن، ومجالات الرعاية الاجتماعية، وخلق أنماطا استهلاكية جديدة. الأمر الذي

---

(1) *Luis Martinez, L'Algérie, l'union du Maghreb Arabe et l'intégration régionale, op.cit, p 6.*

(2) محمد الشكري، تجربة التكامل الاقتصادي لدول اتحاد المغرب العربي، المؤتمر المصرفي العربي السنوي"رؤية عربية للقمة الاقتصادية"، الدوحة– قطر، 7–8 تشرين الثاني/ نوفمبر 2007، ص 06.

يملي على الحكومات ترشيده، وتلبية الممكن منه. ولن يتم ذلك إلا بتحقيق معدلات نمو عالية تتجاوز معدلات النمو السكاني. ولو حققت البلدان المغاربية معدلات نمو سنوية تتراوح بين 4% و5%، فإنها ستحتاج إلى أكثر من عشرين عاما لتحقيق مستوى دخل فردي يقترب من مستوى دخل مواطني الدول المتقدمة[1].

فأي مشروع للتكامل الاقتصادي، من الضروري أن يأخذ في الاعتبار أهمية، وحجم المنافع الاقتصادية التي يمكن جنيها. فالتجارب العالمية في مجال التكتلات الجهوية والإقليمية، تؤكد أن توفر الإرادة السياسية، يعتبر شرطا ضروريا، وحاسما في تجسيد تلك التوجهات على أرض الواقع. وإذا توفرت اللبنة الأولى، يمكن استكمال بناء الجوانب الاقتصادية (سوق مغاربية مشتركة منطقة تبادل حر، اتحاد جمركي...)، ومن ثم بروز اتحاد المغرب العربي كقوة اقتصادية وسياسية فاعلة على المستويين الإقليمي والدولي. وفتح آفاق جديدة، للنمو والاستقرار، من خلال تقوية الوضع التفاوضي مع باقي التكتلات، ومحاولة الاستفادة من الهبة الديموغرافية التي تبرز من خلال التركيبة العمرية لسكانها.

2-2 المسألة الديموغرافية:

تعتبر المسألة الاقتصادية جوهر اهتمامات بلدان شمال إفريقيا، ومن المهم جدا أن تضاف إليها إشكالية أخرى، وهي المسألة الديموغرافية، نظرا لترابطهما الكبير وصعوبة الفصل بينهما. فالتغير الذي يطرأ على التركيبة العمرية للسكان، يشكل انعكاسا للتحول الديموغرافي، ومعه تطرح مسائل أساسية تتعلق بمجالات التربية، التشغيل، الصحة، الحماية الاجتماعية، والإنفاق العمومي.

وقد أصبحت المشكلة السكانية، الشغل الشاغل للمجتمعات، وتوليها الحكومات والمنظمات الدولية عناية كبيرة، خاصة في بلدان العالم الثالث، التي تفاقمت فيها المشكلة إلى حد كبير. حيث يؤدي هذا التزايد المتسارع في عدد السكان إلى التأثير على خطط التنمية ونتائجها. فالزيادة السكانية الكبيرة، من شأنها أن تؤثر على قدرات المجتمع، وموارده المالية، ومن ثم زيادة التحديات في رفع مستوى معيشة المواطنين، وتوفير الحياة المستقرة.

تمتد الآثار السلبية للزيادة السكانية، لتشمل سوء توزيع السكان، وتركزهم في المدن بصفة عامة. مما يشكل ضغطا كبيرا على الإمكانيات، الخدمات، والموارد المتاحة. وينتج

---

(1) محمد الشكري، تجربة التكامل الاقتصادي لدول اتحاد المغرب العربي، مرجع سبق ذكره، ص 06.

عن ذلك العديد من المشاكل الاجتماعية، الاقتصادية والبيئية. هذه الآثار السلبية، تطرح صعوبة عملية التخطيط الحضري، وتوفير الخدمات الأساسية في المدن، خاصة فيما يتعلق بتوفير المياه وخدمات الصرف الصحي، والزحف على الأراضي الزراعية. كما أن النمو السكاني المتسارع في الحضر يساهم في الضغط على فرص العمل المتاحة، ومعه تفاقم البطالة. إضافة إلى أن التوزيع غير المتوازن ما بين الحضر والريف يعد أحد المؤشرات السلبية على بنية الخدمات الأساسية، من حيث قدرتها على استيعاب الزيادة السكانية.

يعتبر عدد السكان في البلدان المغاربية مقبولا، إذا ما ربطناه بالفضاء الجغرافي. إضافة إلى أن هذه البلدان قد شرعت في مرحلة التحول الديموغرافي، بالنظر إلى هرمها السكاني. هذه التطورات تجد تفسيرها في السياسات التي تم انتهاجها منذ مطلع السبعينيات والتي كانت تهدف أساسا إلى تنظيم الأسرة، مما أدى إلى تراجع معدلات نمو السكان بصوره ملحوظة. وكانت تونس هي البلد السباق في تبني برامج السياسة السكانية منذ نهاية الستينيات، من خلال العمل على تخفيض مؤشر الخصوبة. أما الجزائر فقد تأخرت في تفعيل هذا التوجه إلى نهاية السبعينيات، والنظرة التي كانت سائدة هي أن أحسن وسيلة هي التنمية. هذا الشعار تبنته الجزائر في الندوة العالمية للسكان في بوخارست (رومانيا) في سنة 1974[(1)]. ليتم لاحقا إعادة النظر في المسألة الديموغرافية، والتي مكنت الجزائر من تحقيق نتائج ايجابية تجسدت بالخصوص في التراجع المحسوس في مستويات الخصوبة. فبعد أن كانت تتجاوز 08 أطفال لكل امرأة في الستينيات، هبط هذا المؤشر بشكل ملموس ليصبح في حدود 2,4 طفل لكل امرأة في سنة 2007.

إن الدراسات السكانية التي أنجزت، تبين وجود أربع مراحل للنمو السكاني، تكون المرحلة الأولى بطيئة بسبب ارتفاع معدل الولادات والوفيات في آن واحد، وهذه تمثلها المجتمعات الزراعية والمتخلفة.

أما المرحلة الثانية فتميزها سرعة النمو، بفعل انخفاض معدل الوفيات بصورة أسرع من انخفاض معدل الولادات، وهذا نتيجة تحسن مستوى الخدمات الصحية المقدمة، والتي تبرزها تحسن المؤشرات الصحية للسكان (أمل الحياة عند الولادة، مؤشرات الخصوبة، معدل الولادات والوفيات الخام..)، مستويات التعليم، إضافة إلى تحسن المؤشرات الاقتصادية.

[(1)] *Zahia Ouadah-Bedidi et Jacques Vallin, Maghreb: la chute irrésistible de la fécondité. Population & société, Bulletin Mensuel d'information de l'institut national d'études démographiques, Numéro 359, Juillet – Aout 2000. pp 1- 4*

المرحلة الثالثة تتسم بالهبوط التدريجي لنمو السكان، نتيجة انخفاض معدل الولادات، وتعرف بالمرحلة الانتقالية. ثم يصل هذا النمو في المرحلة الرابعة إلى الثبات المرشح للتناقص، وهو ما تعرفه أوربا حاليا.

إن الدول المغاربية التي كانت توصف بأنها تشهد تحولا ديموغرافيا قليلا جدا، قد أنجزت خطوات مهمة في هذا المجال، من خلال التراجع المسجل في معدلات الخصوبة والمعدل السنوي لنمو السكان، بفضل السياسات السكانية التي انتهجتها منذ السبعينيات، والتي سمحت بالحصول على نتائج مشجعة.

وكما سبقت الإشارة إليه، تعتبر تونس السباقة في تبني سياسة ديموغرافية، مدعمة بجملة من التشريعات والقوانين التي سمحت، مع مرور الوقت، بدخول تونس المرحلة الثالثة من التحول الديموغرافي. حيث سجلت تراجعا كبيرا في معدل الخصوبة إلى حدود 1,9 طفل لكل امرأة في سنة 2007. في حين يبلغ هذا المؤشر 2,4 طفل لكل امرأة في كل من الجزائر والمغرب في نفس السنة. ويمكن توضيح بعض المؤشرات الديموغرافية لهذه الدول المغاربية

جدول رقم (13) : تطور بعض المؤشرات الديموغرافية لدول المغرب العربي

	المعدل الخام للولادات لكل 1000 ساكن			مؤشر الخصوبة			العدد السنوي للمواليد بالألف	عدد السكان بالألف في سنة 2007	
	1970	1990	2007	1990	2000	2007	2007	أقل من 18 سنة	أقل من 5 سنوات
الجزائر	49	32	21	4,6	3,2	2,4	704	11780	3271
تونس	39	27	17	3,38	2,08	1,9	166	3178	830
المغرب	47	29	20	04	2,9	2,4	641	11075	3005

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على المعطيات الإحصائية الواردة في:

1 / UNICEF, La situation des enfants dans le monde 2007; Femmes et enfants : le double dividende de l'égalité des sexes, pp 122,123 ,125.
2 / UNICEF, La situation des enfants dans le monde 2009, op. cit.
3 / Institut National de la Statistique (INS), Tunisie : www.ins.tn.
4 / Royaume du Maroc, Haut commissariat au plan, profil socio- démographique du Maroc, 2004, p 4.

هذا التحول الديموغرافي في بلدان المغرب العربي، يجد تفسيره في التحولات الاجتماعية والاقتصادية التي عرفتها المنطقة، مع انتشار للوعي، وارتفاع مستوى التعليم خصوصا لدى الإناث. على اعتبار أن هناك علاقة عكسية بين مستوى تعليم الإناث ومستويات الخصوبة. تضاف إلى هذه العوامل ظاهرة التمدن، وما صاحبها من تراجع في سن الزواج، وانتشار ثقافة التخطيط العائلي.

غير أن ملامح التوزيع السكاني في هذه البلدان، تتسم بالتركز أكثر في المدن الرئيسية والانتشار الضعيف في تجمعات سكانية صغيرة ومتناثرة. بحيث لا تستطيع هذه التجمعات الصغيرة استقطاب أنشطة اقتصادية واجتماعية، مما يصعب من إمكانية توفير فرص استثمارية مجدية، قادرة على امتصاص جزء من البطالة، إضافة إلى صعوبة توفير مختلف الخدمات الاجتماعية الضرورية. هذا الوضع يعمق من مشكلة الفقر، وغيرها من المشاكل الاجتماعية في هذه التجمعات. وبالمقابل يشتد التمركز في المدن الرئيسية، وما يترتب على ذلك من آثار سلبية على صحة البيئة، من النواحي الاجتماعية، الاقتصادية والأمنية، وزيادة الضغوطات على مرافق المدن، في ظل محدودية طاقاتها الاستيعابية. والجدول الموالي يوضح تطور نسبة السكان الحضر والريف، والآفاق المستقبلية في البلدان المغاربية.

جدول رقم (14): تطور نسبة السكان الحضر والريف في البلدان المغاربية

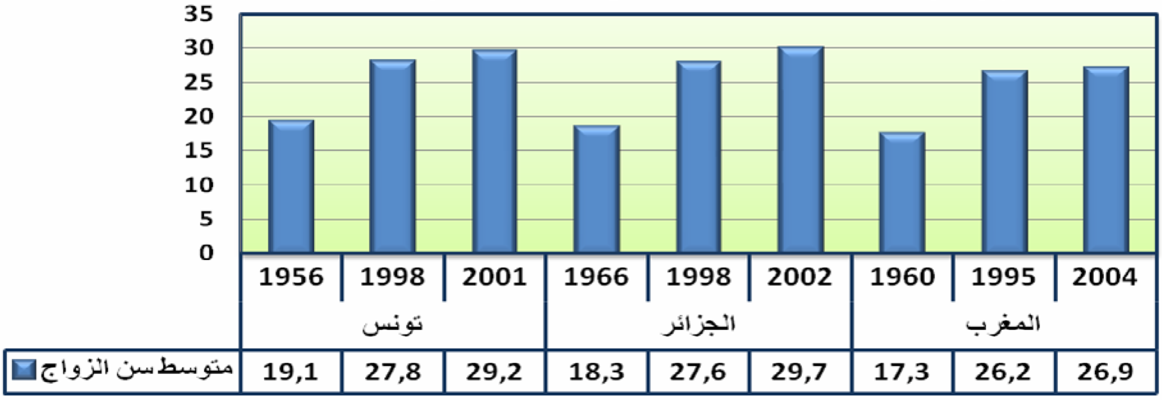
	1975		2005		2015	
	سكان الحضر	سكان الريف	سكان الحضر	سكان الريف	سكان الحضر	سكان الريف
تونس	49,9	50,1	65,3	34,7	69,1	30,9
الجزائر	40,3	59,7	63,3	36,7	69,3	30,7
المغرب	37,8	62,2	58,7	41,3	65	35

المصدر:

PNUD, Rapport mondial sur le développement humain 2007- 2008, La lutte contre le changement climatique, un impératif de solidarité humaine dans un monde divisé. op, cit, pp 244, 245

وقد ساهمت مختلف التحولات التي شهدتها البنية الاجتماعية والاقتصادية في بلدان المغرب العربي في حدوث التحول الديموغرافي في المنطقة. وكانت لتلك التحولات انعكاسات إيجابية في تطور القوى المنتجة، انتشار التعليم، ارتفاع مستوى الثقافة والوعي لدى السكان، خصوصا لدى الإناث. وكذلك ارتفاع نسبة مشاركة النساء في فئة السكان النشيطين اقتصاديا. وتسارع عملية التمدن، أي توسع المدن وزيادة نسبة السكان الحضر إلى إجمالي السكان. حيث ساهمت الهجرة الداخلية من الريف إلى المدينة بحصة رئيسية في هذه الظاهرة. هذه العوامل، وغيرها، سرعت من انخفاض الخصوبة في غضون جيل واحد. ومن الملاحظ أن النساء المتعلمات يتأخر زواجهن، ضف إلى ذلك أنهن يكن أكثر وعيا باتباع التخطيط العائلي.

شكل رقم (23): تطور متوسط سن الزواج لدى الإناث في البلدان المغاربية



المصدر: تم إعداد الجدول اعتمادا على المراجع التالية:

1-Zahia Ouadah-Bedidi et Jacques Vallin, op.cit, p 02

2 - الموقع الالكتروني لبرنامج إدارة الحكم في الدول العربية:

www.pogar.org/arabic/contries/chart.asp

وتعتبر البلدان المغاربية الأولى على المستوى الإفريقي فيما يتعلق بتأخر سن الزواج خصوصا لدى الإناث، بفعل التطورات الاجتماعية التي شهدتها المنطقة كما ذكرنا، والتي ساهمت في تراجع ملحوظ لهذا المؤشر بالنسبة للبلدان الثلاث.

وتشير الإحصائيات المتعلقة بحالة الجزائر، أن متوسط سن الزواج قد سجل تراجعا محسوسا في سنة 2006، حيث بلغ 33,5 سنة لدى الرجال، مقابل 29,9 سنة لدى الإناث. بعد أن بلغ هذين المؤشرين حدود 23,8 سنة، و18,3 سنة على التوالي في سنة 1966. مع تسجيل تفاوت بين المناطق.[(1)]

جدول رقم(15): تطور متوسط سن الزواج في الجزائر بالسنوات (1966-2006).

السنوات	1966	1977	1987	1998	2002	2006
الذكور	23,8	25,3	27,7	31,3	33,0	33,5
الإناث	18,3	20,9	23,7	27,6	29,6	29,9

المصدر:

Conseil National Economique et Social, CNES, Rapport National sur le Développement Humain, Algérie 2007, réalisé en coopération avec le Programme des Nations Unies pour le développement, PNUD, Juillet 2008, p 94.

ومن الواضح أن السلوك الإنجابي للنساء في المغرب العربي، قد عرف تحولا جذريا خلال السنوات الأخيرة، وهو ما يفسر جانبا من التحول الذي طرأ على معدلات الخصوبة

[(1)] *CNES- PNUD, Rapport National sur le Développement Humain, Algérie 2007, op.cit, p 23.*

ومن ثم على التحول الديموغرافي. كما يفسر ذلك، من زاوية أخرى، بتغير سلوكيات المرأة وخاصة في المناطق الحضرية، إزاء الوظيفة الإنجابية التي ظلت عليها لفترة طويلة. وقد تكرس هذا السلوك الإنجابي بانتشار استعمال وسائل منع الحمل، تحسن المستوى التعليمي للمرأة، وكذا التحسن النسبي في المؤشرات الصحية. كل ذلك في ظل التفاوت الذي ما زال يطبع الوسطين القروي والحضري.

ويعتبر مؤشر الخصوبة، من العوامل الأساسية في تحديد شكل التركيب العمري للسكان. وأن انخفاض معدلات الخصوبة، قد يكون له الأثر الإيجابي على مستو النمو الاقتصادي، بالنظر إلى ارتفاع عدد السكان في سن العمل، وانخفاض عدد السكان المعالين مما قد يتيح أداء سريعا للنمو الاقتصادي على المستوى الكلي، من خلال ارتفاع مستويات الادخار والاستثمار. وتمثل نسبة الإعالة العمرية عدد الأشخاص في سن الإعالة (الأطفال دون سن 15 سنة والشيوخ المقدرة أعمارهم بـــ 64 سنة فما فوق) إلى كل مئة شخص من ذوي الأعمار المنتجة (15-64 سنة). وتتأثر هذه النسبة بالتركيب العمري للسكان فقط، حيث ترتفع كلما كان التركيب العمري فتيا (نسبة الطفولة عالية)، وتنخفض كلما كان التركيز السكاني أكبر في الأعمار المنتجة (15-64 سنة).[1]

وقد أثبتت تجارب بلدان شرق آسيا[2] أن الاهتمام بالتغيرات الديموغرافية، و قضايا السكان النوعية في استراتيجيات النمو والتنمية الاقتصادية في المراحل الأولى، قد ساعد كثيرا في تخفيض مستويات الفقر وتراجعه. ففي أعقاب الحرب العالمية الثانية تمكنت هذه الدول من إدخال التكنولوجيا الطبية المتطورة في الدول الغربية، تمكنت معها من تخفيض معدلات الوفيات، ورفع مؤشر أمل الحياة عند الولادة، وأعقب ذلك تراجع كبير في معدلات الخصوبة. هذه التغيرات كان لها الأثر الإيجابي في ارتفاع عدد السكان في سن العمل مع تراجع عدد السكان المعالين (الفئة العمرية أقل من 14 سنة). ومع التأثير المتبادل، كما ذكرنا، بين المتغيرات الديموغرافية والاقتصادية انخفض العبء الاقتصادي للمعالين، وارتفع معه متوسط دخل الفرد. وبفعل مجموعة من التدخلات المتزامنة، وجهت بلدان شرق آسيا

---

(1) المنظمة العربية للتربية و الثقافة والعلوم، تقرير التنمية البشرية في الوطن العربي في مجالات التربية، الثقافة والعلوم ومحو الأمية خلال الفترة 1990-2003، ص 25 .

(2) لمعلومات أكثر، أنظر: بتول شكوري، الترابط بين السكان والتنمية والفقر على صعيد الاقتصاد الكلي، المنتدى العربي للسكان، بيروت، 19 /2004/11، ص 07.

نسبة كبيرة من استثماراتها نحو تنمية رأسمالها البشري، برفع مستويات الاستثمار في مجالات الصحة التعليم، والاتصالات الحديثة.

يشير تقرير التنمية في العالم لسنة 2007 إلى أن الانخفاض المتوقع في معدلات الإعالة يتيح فرصة سانحة لتحقيق نمو اقتصادي معتبر في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا شريطة استغلال ارتفاع، وتوفر اليد العاملة على نحو منتج، وشريطة ارتفاع معدلات الادخار والاستثمار[(1)].

إن الانخفاض المتوقع للخصوبة، وتزامنه مع انخفاض عدد السكان المعالين، وتزايد عدد السكان المشتغلين، قد يؤدي إلى إمكانية نمو متوسط دخل الفرد، والذي قد يمتد على مدى خمس وعشرين سنة. هذا الانخفاض في معدلات الخصوبة، وتراجع مستوى الفقر يعرف بالهبة الديموغرافية. وهي المرحلة التي يبلغ فيها مجتمع ما الذروة من حيث حجم السكان في قوة العمل، مقابل تراجع نسبة السكان المعالين[(2)]. وهى مرحلة تدوم فترة معينة حوالي جيل يظهر بعدها خلل بين السكان في سن العمل، وفئة السكان المعالين خاصة ويزداد عدد المسنين تطورا مع الزمن.

إن استفادة البلدان المغاربية من هذه الهبة، يمر بالتأكيد من خلال إدراجها للمعطيات الديموغرافية في البرامج التنموية المستقبلية. فهذه النافذة الديموغرافية فرصة سانحة في تاريخ المجتمعات، وفرصة لا تعوض لإحداث النهضة التنموية. فهي التي مكنت دول شرق آسيا (نمور آسيا) وعدد من دول أمريكا اللاتينية، من تحقيق "الطفرة" التنموية، على اعتبار أنها كانت مسؤولة عن ثلث النمو الاقتصادي السنوي في دول نمور شرق آسيا.

إذ تتيح هذه الظاهرة إمكانية توزيع الدخل الإضافي، الناتج عن ارتفاع مستويات الادخار والاستثمار. لأنه في الحالة العكسية فإن انخفاض نمو حصة الفرد من الدخل، كما حدث لهذه الدول قبل اعتمادها لبرامج التصحيح الهيكلي، إضافة إلى ارتفاع معدلات الخصوبة، وما يصاحبه من ارتفاع في معدلات الإعالة، سيكون له تأثير سلبي على الأسر ذات المداخيل المنخفضة والثابتة. بحيث يقتطع جزء من الموارد المخصصة لنفقات التعليم والصحة من أجل الغذاء، والاحتياجات المعيشية الأخرى.

---

(1) *PNUD, Rapport mondial sur le développement humain 2007- 2008, La lutte contre le changement climatique, un impératif de solidarité humaine dans un monde divisé. op.cit.*

(2) بتول شكوري، الترابط بين السكان والتنمية والفقر على صعيد الاقتصاد الكلي، مرجع سبق ذكره، ص 10.

غير أن الزيادة المسجلة في أعداد الشباب لا تتحول من تلقاء نفسها إلى منافع، وإلى أداة للنمو الاقتصادي إذا لم تواكبها سياسات اقتصادية ناجعة، وفعالة في المجال الاستثماري تستجيب لاحتياجات سوق العمل، والباحثين عن التوظيف.

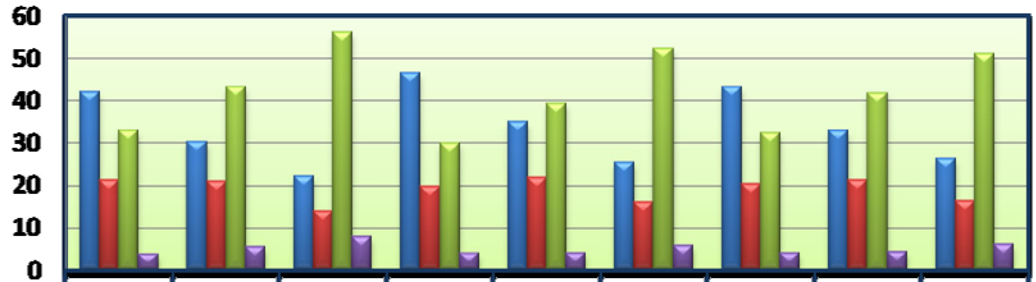
فهل تستطيع هذه الدول تكرار ما حققته دول شرق آسيا من تقدم بفعل استفادتها من شريحة السكان في سن العمل؟. والإجابة على ذلك تكمن إلى حد كبير في مدى التحسن الذي يطرأ على مهارات القوة العاملة بصفة عامة، والتي يتم بناؤها غالبا في مرحلة الشباب. إن السرعة التي تتحرك بها الفرصة الديموغرافية تنطوي على تحديات كبيرة بخصوص وضع اللبنات التعليمية، والاقتصادية الصحيحة في موضعها السليم، وفي الوقت المناسب، لمحاولة الاستفادة من هذه الفرصة لمواجهة متطلبات سوق العمل[1] والتحديات المستقبلية التي تنتظر هذه البلدان المغاربية. وبعبارة أخرى، لا بد من تبني سياسات اقتصادية رشيدة، تعمل باستمرار على رفع مستويات الاستثمار والادخار، بما يتيح إمكانية الاستجابة لمقتضيات سوق العمل. إضافة إلى ذلك فإن الاستفادة من هذه الهبة الديموغرافية المتاحة، أمام الدول المغاربية، تتوقف على نجاعة السياسات الصحية والتعليمية، التي تعني بنوعية السكان، ومن ثم الاستفادة من خزان رأسمالها البشري، سعيا لتحقيق معدلات نمو اقتصادية إيجابية ومستمرة، تتيح إمكانية بلوغ و تحقيق أهداف الألفية للتنمية الشاملة.

إن موضوع تكامل التحولات الديموغرافية في التركيبة العمرية للسكان، مع عملية التنمية الاقتصادية والاجتماعية، يجب أن تحظى بعناية خاصة لدى الهيئات والحكومات. ويستمد الموضوع أهميته من حقيقة أن هناك تغيرات في الهيكل العمري للسكان ينبغي التهيؤ لها، ووضع الإستراتيجيات لمواجهة تحدياتها، والاستفادة من الفرص التي تتيحها. كما أن إدماج القضايا الكمية والنوعية للسكان في عملية التنمية الاقتصادية، والاجتماعية، يضمن تحقيق الأهداف الأساسية في مسألة الإنصاف، والتخفيف من حدة الفقر. وينصب الهدف الأساسي للسياسة السكانية، بشكل عام، على تحقيق التوازن بين النمو السكاني، النمو الاقتصادي والاجتماعي، في محاولة جادة لتلبية الحاجيات المتنامية للسكان، وتطوير مستوى الأسرة الاقتصادي الاجتماعي، الصحي، التعليمي والثقافي. تطور سكان البلدان المغاربية والفئات العمرية نبرزها في الشكل الموالي.

---

(1) بتول شكوري، الترابط بين السكان والتنمية والفقر على صعيد الاقتصاد الكلي، مرجع سبق ذكره، ص 10.

شكل رقم (24): توزع السكان حسب الفئات العمرية في الدول المغاربية (%)



	1980	2000	2020	1980	2000	2020	1980	2000	2020
	تونس			الجزائر			المغرب		
سنة 14 – 0	42	30,3	22	46,5	35,1	25,6	43,2	32,9	26,3
سنة 24 -15	21,1	20,9	13,9	19,6	21,7	16,2	20,3	21,2	16,4
سنة 64-25	33,1	43,2	56,2	30	39,2	52,4	32,4	41,6	51,2
سنة فما فوق 65	3,8	5,6	7,9	3,9	4,1	5,8	4,1	4,3	6,1

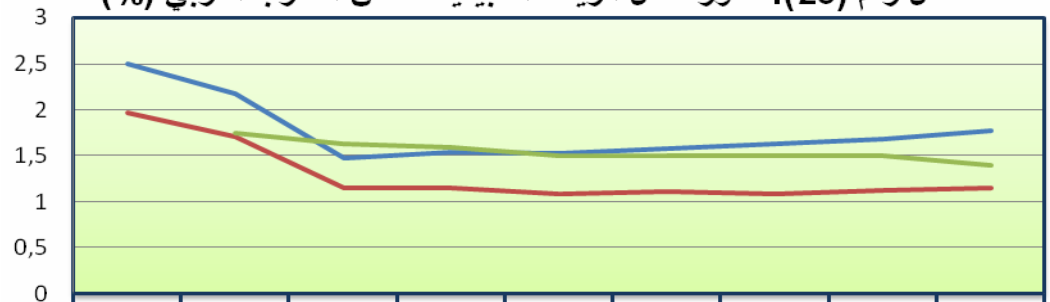
المصدر: اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا، النافذة الديموغرافية فرصة للتنمية في البلدان العربية، تقرير السكان والتنمية، العدد الثاني، الأمم المتحدة، نيويورك، 2005، ص 77.

تبين التجارب التاريخية التي شهدتها مختلف الدول أن عملية حدوث انخفاض في مستويات الخصوبة، بالموازاة مع نمو بطيئ لفئة كبار السن، تتيح لعدد من الدول العربية ومعها البلدان المغاربية فرصة ما يسمى بالهبة الديموغرافية. والتي يمكن من خلالها تحقيق زيادة في مستوى الادخارات الفردية، ومعها حجم الاستثمارات. وهذه الفرصة سوف تسمح بإمكانية انخفاض نسبة الإعالة، على اعتبار أن أعداد صغار السن المعالين" 0-14 سنة" سوف تنخفض بوتيرة أسرع من زيادة نسب إعالة الكبار. وبعبارة أخرى، سوف تشهد نسبة الإعالة الكلية انخفاضا خلال فترة محددة من الزمن. مما يتيح المجال أمام استثمارات إضافية في مجالات التنمية الاقتصادية، والاجتماعية(1).

تكامل التغيرات الديموغرافية في عملية التنمية، يمكن أن يكون مدخلا منهجيا يساعد على تحديد توقيت حدوث الهبة الديموغرافية، وتحليل الشروط والمتطلبات التي تعمل على تعظيم العوائد الاقتصادية والاجتماعية من هذه الظاهرة. ويمكن تتبع الحركة السكانية في بلدان المغرب العربي، من خلال معطيات الشكل البياني الموالي، الذي يبين تطور معدلات الزيادة الطبيعية.

(1) اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا، النافذة الديموغرافية فرصة للتنمية في البلدان العربية، مرجع سبق ذكره، ص28.

شكل رقم (25): تطور معدل الزيادة الطبيعية لسكان المغرب العربي (%)



	1990	1994	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
الجزائر	2,494	2,168	1,48	1,55	1,53	1,58	1,63	1,69	1,78
تونس	1,96	1,7	1,14	1,14	1,08	1,1	1,08	1,12	1,15
المغرب		1,75	1,63	1,6	1,5	1,5	1,5	1,5	1,4

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على المراجع التالية:

1) *ONS Algérie, www.ons.dz.*
2) *INS Tunisie, www.ins.nat.tn.*
3) *Royaume du Maroc, les indicateurs sociaux 2001, département de la prévision économique et du plan, direction de la statistique, p 65*
4) *Royaume du Maroc, Ministère de la santé, santé en chiffres 2007, op.cit, p 13*
5) *Royaume du Maroc, Ministère de la santé, santé en chiffres 2006, direction de la planification et des ressources financières, p 12.*

المعطيات الواردة في الشكلين السابقين، تبرز بوضوح التحول الديموغرافي الذي تشهده هذه البلدان المغاربية. بحيث إن الهيكل العمري للسكان قد تأثر بصورة ملموسة من خلال انخفاض معدلات الخصوبة، وارتفاع مؤشر أمل الحياة عند الولادة. كل ذلك هو نتاج السياسة السكانية التي انتهجتها هذه البلدان، وفي فترات متباينة. وأن مسائل أساسية عديدة كالتربية، التشغيل والبطالة، الإنفاق العمومي، المسألة الصحية، والحماية الاجتماعية ترتبط بشكل دائم بهذه الظاهرة.

وقد سجلت الدول المغاربية الثلاث، وبمستويات متفاوتة نسبيا، تراجعا ملحوظا في نسبة السكان الذين تقل أعمارهم عن 15 سنة. مع تزايد نسبة السكان في سن العمل والنشطين اقتصاديا (بين 15 و59 سنة). وفي المقابل تزايدت نسبة الفئة العمرية لكبار السن (60 سنة فما فوق) من إجمالي السكان، بفعل التحسن النسبي في المؤشرات الصحية. وهذا من شأنه تغيير خريطة المرض في هذه البلدان المغاربية، بفعل تزايد الحالات المرضية المرتبطة بكبار السن (ارتفاع ضغط الدم، السكري...). هذه الاحتياجات الصحية المتنامية تستدعي ضرورة أخذها بعين الاعتبار من قبل المنظومات الصحية المغاربية، وذلك بتبني استراتيجيات مستقبلية تتماشى مع التحولات الديموغرافية، ومحاولة التكفل الجيد بالأعباء المرضية الجديدة، ومسايرة تطورها.

وقد حققت تونس أحسن النتائج من حيث المؤشرات الديموغرافية. ومع الدخول في المرحلة الأخيرة من التحول الديموغرافي، ستتسم الهيكلة العمرية لتونس بجملة من التغيرات منها[1]:

- تراجع نسبة السكان الذين لا تفوق أعمارهم 15 سنة من 25,3% سنة 2006، إلى 23,3% سنة 2011، ونسبة 22,8% في سنة 2016.
- ارتفاع عدد السكان الذين هم في سن النشاط (15–59 سنة)، بحيث سترتفع نسبتهم إلى إجمالي عدد السكان، من 65,2% سنة 2006، إلى 66,4% سنة 2011 لتتراجع نسبتهم إلى حدود 65,5% من مجموع السكان بحلول عام 2016.
- تزايد عدد السكان الذين تفوق أعمارهم 60 سنة، ليمثلوا نسبة 10,2% من إجمالي السكان في سنة 2011، ونسبة 11,8% سنة 2016 ، مقابل 9,5% في سنة 2006.

وبالإضافة لما ذكر، يمكن أن نستنتج من هذا التطور الديموغرافي، الذي سيميز تونس خلال السنوات المقبلة، ثلاث خصائص أساسية:

- تقلص الطلب على التعليم، وخاصة التعليم الأساسي.
- بروز ظاهرة الشيخوخة، وما تفرضه من ضغوط إضافية، على قطاعي الصحة والضمان الاجتماعي.
- ازدياد عدد السكان الذين هم في سن النشاط، وبالتالي تزايد الطلب الإضافي للتشغيل[2].

ويتضح مما ذكر، أن تلك الخصائص الثلاث تنطبق على التركيبة العمرية للبلدان المغاربية الثلاث. فالهيكل العمري لسكان المغرب العربي، يشير إلى أن الاتجاهات المستقبلية ستؤدي إلى نمو أكبر في فئة السكان النشطين، بمعدل يفوق نمو الفئات العمرية المعالة اقتصاديا. هذا التباين الذي يعرف بالهبة الديموغرافية يتيح لهذه البلدان المغاربية فرصة لتسريع نمو اقتصادها، من خلال تراكم أسرع لعوامل الإنتاج، وبالتالي الاستفادة من خزان رأسمالها البشري في سن العمل.

هذا التحول الديموغرافي يضع الاقتصاديات المغاربية في مواجهة تحديات أكبر فيما يخص خلق مناصب عمل إضافية، و تكييف السياسات الاجتماعية في ظل هذه المعطيات إضافة إلى ذلك فإن تحديات العولمة، تفرض اتخاذ التدابير اللازمة التي تحول دون تفاقم

---

(1) الجمهورية التونسية، وزارة التنمية والتعاون الدولي: الوثيقة التوجيهية للمخطط الحادي عشر والعشرية، 2007– 2016 ص ص 42، 43.

(2) نفس المرجع، ص 43.

ظاهرة البطالة، واستفحالها بين فئة الشباب، ومن ثم تفادي التبعات السلبية التي قد تنجر عن مثل هذه الأوضاع الاجتماعية المتردية.

ومن القضايا الهامة التي يجب أن تحظى باهتمام المعنيين بشؤون التنمية، هي قضية إدماج التنبوءات الديموغرافية في التنمية الشاملة، وذلك بتبني سياسات متكاملة تضمن بلوغ الأهداف التنموية المسطرة على المدى القريب والبعيد. هذه الأهمية التي تكتسيها المسألة الديموغرافية تكمن في أن هناك زيادة في أعداد السكان، وأن هناك تغيرات في الهيكل العمري ينبغي أخذها بعين الاعتبار، ومواجهة تحدياتها بما يتيح إمكانية الاستفادة منها، من أجل تحسين ظروف ومستوى معيشة السكان. وهذه الأهداف المرجوة يمكن بلوغها بصياغة سياسات هادفة، وتبني استراتيجيات شاملة للبعدين الرئيسيين للتنمية، ألا وهما البعدين الاقتصادي والاجتماعي.

ومما سبق يمكن القول أن مفهوم السكان، بجانبيه الكمي والنوعي، هو جزء لا يتجزأ من عملية التنمية الشاملة. وهو ما يقتضي دمج قضايا السكان في سياسات التنمية، باعتبارها التزاما إستراتيجيا تفرضه الظروف والإفرازات الحالية. هذه التوجهات المعتمدة تقتضي اعتماد سياسات تنموية وطنية، على الصعيد الكلي، غايتها الرئيسية تحقيق أهداف على صعيد الفرد والأسرة. والسياسات المتكاملة التي تأخذ بالاعتبار الجوانب الكمية والنوعية للسكان، هي الآلية التي تضمن تحقيق ذلك التكامل.

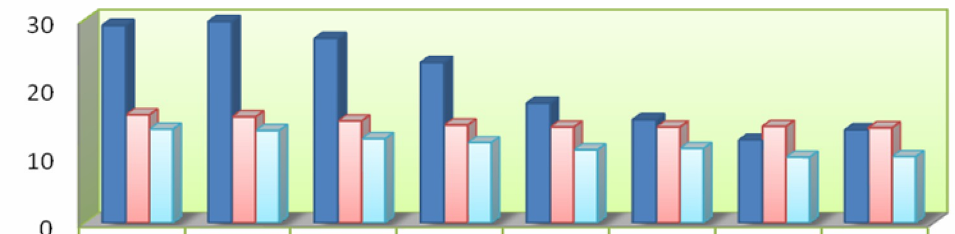
2-3 مشكلة البطالة في بلدان المغرب العربي:

البطالة هي تعبير عن الاختلالات الحاصلة بين مستويات عرض، وطلب العمل. وقد أصبح إدراج مؤشرات التحول الديموغرافي، واتجاهاته في البلدان المغاربية، ضرورة ملحة سواء تعلق الأمر بدراسة أسواق العمل ومستقبلها، أو تغير التركيبة العمرية، وتأثير ذلك على احتياجات السكان الاجتماعية(التعليم، الصحة..). وأصبحت مشكلة التشغيل والبطالة تشكل محور التنمية الشاملة في ظل التحولات الجارية. فدول شمال إفريقيا عامة،[1] قد تتفاقم مشكلة البطالة فيها، إذا بقيت مستويات النمو الاقتصادي الحقيقي دون 2%. حيث تشير التقارير والمعطيات المتوفرة أن الأمر يتطلب 15 سنة على الأقل لامتصاص مستويات

[1] المقصود بها: الجزائر، المغرب، تونس، ليبيا، موريتانيا، السودان، مصر.

البطالة المرتفعة في البلدان المذكورة إذا ما تحققت معدلات نمو اقتصادي في حدود 5%[1] وبالنظر لتذبذب مستويات النمو الاقتصادي، من المتوقع أن تواجه البلدان المغاربية تحديات كبيرة لاستيعاب الأعداد المتزايدة للعاطلين، أو الوافدين الجدد إلى سوق العمل. فالسياسات الاقتصادية التي اعتمدت على دور القطاع العام في تكوين الناتج المحلي الإجمالي، وخلق فرص التوظيف قد أثبتت محدوديتها. فبقاء معدلات البطالة في مستويات مرتفعة، رغم تحسنها في السنوات الأخيرة، هو دليل على عدم قدرة القطاع العام بمفرده استيعاب الأعداد المتزايدة للأيدي العاملة، والناتجة أساسا عن الزيادة السكانية من جهة وزيادة نسبة السكان الحضر من جهة أخرى. وكان من نتاج ذلك ضعف مستوى الأجر الحقيقي، ومعه تدني مستوى المعيشة، وتنامي ظاهرة الهجرة بحثا عن تحسين الأوضاع الاجتماعية.

شكل رقم (26): تطور معدل البطالة في البلدان المغاربية



	1999	2000	2001	2003	2004	2005	2006	2007
الجزائر	29,2	29,77	27,3	23,7	17,7	15,3	12,3	13,8
تونس	16	15,7	15,1	14,5	14,2	14,2	14,3	14,1
المغرب	13,9	13,7	12,5	11,9	10,8	11	9,7	9,8

المصدر: تم إعداد الجدول اعتمادا على المراجع التالية:

1- www.ons.dz
2- INS, institut national de la statistique, Tunisie : www.ins.
3- FMI , Rapport du FMI n° 04 / 162 Juin 2004, préparé par les représentants des services du FMI pour les consultation de 2004 avec le Maroc, p 32
4- Commission des Communautés Européennes Bruxelles 12.5.2004, SEC (2004)569, Politique Européenne de voisinage, rapport sur le Maroc, Document de travail des services de la commission, p19
5- Royaume du Maroc, Ministère de la santé, santé en chiffres 2007, direction de la planification et des ressources financières, p 12
6- Royaume du Maroc, Objectifs du millénaire pour le développement, op.cit, p 09
7 - بنك المغرب، التقرير السنوي 2003، مرجع سبق ذكره، ص 63.
8- الجمهورية التونسية، وزارة التنمية والتعاون الدولي، المسح الوطني حول السكان والتشغيل لسنة 2007، المعهد الوطني للإحصاء، أكتوبر 2008، ص 27.

---

[1] الأمم المتحدة، الظروف الاقتصادية والاجتماعية في شمال إفريقيا، تحليل ظرفية 2007، اللجنة الاقتصادية لإفريقيا، مكتب شمال إفريقيا، الاجتماع الثالث والعشرون للجنة الخبراء الحكومية الدولية، الرباط، المغرب، 10-13 مارس 2008، ص 29.

يعتبر معدل نمو القوى العاملة في هذه البلدان مرتفعا، بالنظر لهرمها السكاني، وتزايد مشاركة المرأة في سوق العمل. ومن المنتظر أن تستمر هذه الضغوطات مستقبلا، مما يضع البلدان المغاربية أمام تحديات أهمها، زيادة وتيرة خلق فرص التوظيف لامتصاص معدلات البطالة المرتفعة، وتوفير المناصب التي تتماشى والمستوى التأهيلي للوافدين الجدد إلى سوق العمل، من أصحاب الشهادات الجامعية، والمعاهد. فالظاهرة الجديدة، اللافتة للانتباه، هي أن معدلات البطالة بين الأميين هي الأدنى في غالبية الدول العربية. وترتفع هذه المعدلات لذوي التعليم الثانوي، المتوسط، والجامعي، لتبلغ عشرة أضعاف في حالة مصر، خمسة أضعاف في حالة المغرب، وثلاثة أضعاف إذا تناولنا حالة الجزائر. وهو ما يؤكد عدم التوافق بين مخرجات المنظومة التعليمية والاحتياجات الفعلية لسوق العمل من جهة، ونقص الخدمات والسياسات الداعمة للتشغيل من جهة أخرى.

الملاحظة الأساسية التي يمكن استخلاصها من معطيات الشكل السابق هي بقاء مستويات البطالة في حدود مرتفعة، رغم الجهود التي تبذلها البلدان المغاربية في محاولة لاحتواء هذه الظاهرة. ويبقى التشغيل يشكل أولوية الأولويات في خطط التنمية المطروحة ورهانا صعبا يتوجب كسبه لتفادي الانعكاسات السلبية على ازدهار المجتمع واستقراره.

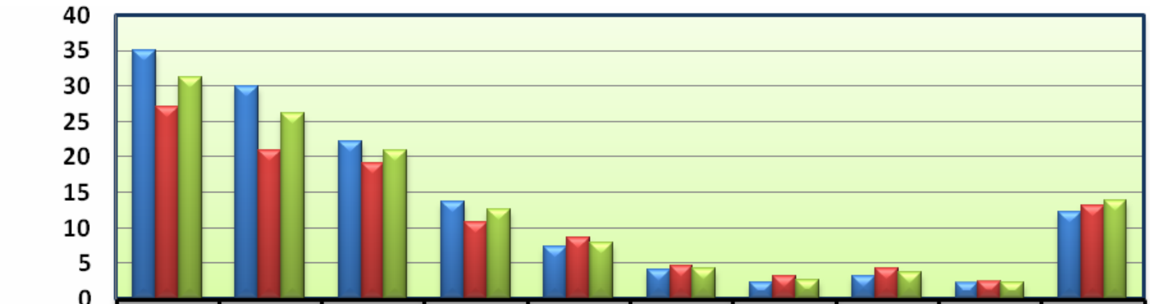
2-3-1 هيكل البطالة في الجزائر:

لقد تميز سوق العمل في الجزائر منذ منتصف الثمانينيات، بارتفاع كبير في مستويات البطالة وصلت في بعض الأحيان إلى مستويات حرجة، مست كل الفئات الاجتماعية، لاسيما الشباب وحاملي الشهادات العلمية. فالأزمة الاقتصادية الحادة التي عاشتها بلادنا خلال تلك الفترة، قد أدت إلى بروز اختلالات كبيرة في سوق الشغل، بحيث تقلصت فرص العمل المتاحة بدرجة كبيرة، مع تزايد أكبر لطالبي العمل، إضافة لما ترتب عن الإصلاحات الاقتصادية التي باشرتها الجزائر، والتي كانت أولى نتائجها غلق مئات المؤسسات، وتسريح آلاف العمال.

ولمواجهة هذه الظاهرة المتفاقمة، تبنت الحكومة جملة من الإجراءات، والتدابير الخاصة للتخفيف من حدتها وانعكاساتها السلبية. وتمثلت هذه الإجراءات في وضع برامج عديدة لترقية الشغل، وإنشاء هياكل متخصصة لتنفيذها. وقد مكنت هذه المجهودات، من تخفيض محسوس في معدلات البطالة، كما توضحه الإحصائيات الأخيرة.

تشير المعطيات الأخيرة للديوان الوطني للإحصاء، إلى أن معدل البطالة في الجزائر قد بلغ حدود 13,8% في سنة 2007[1]، أي بارتفاع عما كان في سنة 2006، إذ بلغ هذا المعدل 12,3%. فالسكان النشطون في حالة بطالة، أو الباحثون عن عمل، قد بلغ عددهم 1.374.000 فرد في أكتوبر 2007. مع الإشارة إلى أن 61% من البطالين تسكن المناطق الحضرية و39% في المناطق الريفية.

شكل رقم (27): معدل البطالة في الجزائر حسب الفئات العمرية والمناطق في سنة 2007



	أقل من 20 سنة	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	المجموع
حضر	35,1	30	22,2	13,7	7,4	4,1	2,4	3,3	2,3	12,2
ريف	27,1	21	19,1	10,8	8,7	4,7	3,3	4,4	2,5	13,1
المجموع	31,3	26,1	21	12,7	7,9	4,3	2,7	3,7	2,4	13,8

المصدر: الموقع الالكتروني للديوان الوطني للإحصاء.الجزائر بتاريخ 2009/5/14: www.ons.dz

إن تحليل ظاهرة البطالة في الجزائر، من حيث التركيبة العمرية، يظهر أن نسبة 72% من إجمالي العاطلين عن العمل يقل سنهم عن 30 سنة، ونسبة 85,6% سنهم يقل عن 35 سنة. أما بالنسبة للنساء، فقد بلغت نسبتهن 15,7% من إجمالي المشتغلين، مع تسجيل تفاوت ملحوظ بين المناطق الحضرية والأرياف (19,7%، 9,2%على التوالي). وتمثل النساء في الجزائر نسبة 22% من إجمالي السكان النشطين في حالة بطالة.

ويعتبر مردود المنظومة التعليمية، من العوامل الضاغطة على مستويات التشغيل في الجزائر فمع التسرب المدرسي الذي يبلغ 500.000 حالة، فإن ذلك يساهم في تغذية سوق العمل بشكل مستمر، وقبل الأوان، وبمستوى تأهيلي لا يتماشى والتوجهات الاقتصادية للجزائر، وكذا احتياجات القطاع الخاص. هذا الاستنتاج توضحه معطيات الجدول أعلاه والتي تشير إلى أن نسبة البطالة لدى الفئة العمرية الأقل من عشرين سنة هي الأعلى بواقع 31,3%، متبوعة بالفئة العمرية (20–24 سنة) بمعدل بطالة 26,1% في سنة 2007.

(1) *www.ons.dz, Légère baisse du taux d'occupation durant la dernière semaine d'octobre 2007.*

وعند تحليل هيكل البطالة، من حيث المستوى التأهيل، تبرز النسبة المتنامية لذوي المستويات التعليمية. في حين نسجل تقاربا في معدلات البطالة بين الجنسين.

جدول رقم(16): هيكل البطالة والتشغيل حسب مستوى التأهيل في الجزائر

	بدون تكوين	مستوى الابتدائي والمتوسط	المستوى الثانوي	المستوى العالي
المشتغلون %	12,5	55,2	21,6	10,7
العاطلون %	2,3	60,4	25,3	12,0
معدل البطالة بحسب الجنس				
السنوات	1995	2000	2004	2006
معدل البطالة للإناث %	28,13	38,07	18,13	14,46
معدل البطالة للذكور %	28,10	26,08	17,55	11,81

المصدر:

Conseil National Economique et Social, CNES, Rapport National sur le Développement Humain, Algérie 2006, réalisé en coopération avec le PNUD, année 2007, p 58.

ويشير التقرير الأخير، الصادر عن المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي(CNES)[1] إلى أن عدد السكان النشطين في الجزائر، قد ارتفع بمعدل نمو سنوي بلغ في المتوسط 3,5% خلال الفترة "1990-2006". بحيث انتقل العدد من 5,85 مليون شخص، إلى 10,11 مليون شخص. كما ارتفع عدد السكان المشتغلين من 4,70 مليون إلى 8,9 مليون شخص في شهر سبتمبر من سنة 2006. أما السكان العاطلون عن العمل فقد انتقل عددهم، في الفترة المذكورة، من 1,16 إلى 1,24 مليون شخص.

وقد عرف معدل البطالة في الجزائر مرحلتين، تخص المرحلة الأولى الفترة الممتدة من "1990-2000" وبلغ فيها هذا المعدل أعلى مستوياته في سنة 2000، بمعدل بطالة 29,77%. أما المرحلة الثانية "2001-2007" فقد عرفت تراجعا محسوسا في معدل البطالة، ليستقر في حدود 13,8% في سنة 2007. ورغم المجهودات المبذولة، فإن التحدي ما زال كبيرا لتخفيض هذا المعدل إلى المستويات المقبولة. فالتراجع المسجل في النمو الديموغرافي في السنوات الأخيرة، لم تكن له آثار ملموسة على سوق العمل في الجزائر، وتزايد عدد السكان النشطين بسبب وصول جيل السبعينيات، والثمانينيات إلى سن العمل. كما تشير التوقعات السكانية إلى استمرار هذه الضغوط إلى غاية 2030، مع وتيرة تصاعدية حتى سنة 2010. بمعنى أن

(1) *CNES- PNUD, Rapport National sur le Développement Humain, Algérie 2007, op.cit, p 33.*

مسألة التوظيف ستكون مطروحة بحدة، ولسنوات عديدة، بالنسبة للأجيال القادمة. مع التذكير هنا بنقطة أساسية، وهي أن الاتجاه العام لتطور مستويات التشغيل في الجزائر، يطبعه توسع مناصب الشغل المؤقتة، وبالتالي عدم استقرارها.

وإذا تناولنا مؤشر معدل التشغيل، الذي يقيس نسبة السكان المشتغلين إلى عدد السكان في سن العمل، والذي يوضح أيضا قدرة الاقتصاد الوطني على امتصاص طلبات العمل، فقد عرف تحسنا في الجزائر، بانتقاله من 31,2% في سنة 2000، إلى 34,8% في سنة 2005 أي بتحسن بلغ 3,6% خلال الفترة. ورغم التحسن المسجل، فقد بقي هذا المعدل دون المستوى المسجل في كل من تونس والمغرب، حيث بلغ 40,7% و46,4% على التوالي(1). أما متوسط فترة البطالة *(La duré moyenne du chomage)*، الذي يعتبر مؤشرا للتنمية البشرية في البلدان المتطورة، فقد تجاوز في الجزائر السنتين ونصف السنة.

وقد شهدت الجزائر تباطؤ وتيرة خلق مناصب التوظيف، في السنوات الأخيرة، وسجل القطاع العام مؤخرا فقدان العديد من مناصب الشغل في جميع قطاعات النشاط، مع بروز ظاهرة التسريح الطوعي، والإرادي للعمال من مؤسسات القطاع العام. ومن ثم يمكن القول أن التوسع في مستويات التشغيل كان بفضل الحركية التي أصبحت تميز نشاط القطاع الخاص. فخلال الفترة 2001-2005، تم إنشاء حوالي 2,5 مليون منصب شغل(2,1 مليون خارج قطاع الزراعة)، أي ما يعادل وتيرة نمو سنوي بحوالي 18%(2).

في سنة 2005، أصبح القطاع الخاص في الجزائر، يشغل أكثر من خمسة ملايين شخص، أي ما يعادل 63% من إجمالي السكان المشتغلين. غير أن هذه النتائج المسجلة في مجال خلق مناصب الشغل، لا يجب أن تخفي إشكالية العمل غير المنظم(3)، ومن ثم مسألة مساهمة القطاع الخاص في الاشتراكات الاجتماعية. فعدد العمال الأجراء المصرح بهم، لدى صناديق الضمان الاجتماعي، البالغ عددهم 741.000 شخص، لا يمثلون سوى 15% من إجمالي العمال التابعين لهذا القطاع. هذا العدد يمثل 12% فقط من مجموع المنخرطين في الضمان الاجتماعي. كل ذلك يشير إلى ضعف درجة الالتزام بتشريعات العمل على مستوى القطاع الخاص. ويكتسي النشاط غير المنظم أهمية كبيرة في الاقتصاد الوطني، من خلال

(1) *CNES- PNUD, Rapport National sur le Développement Humain, Algérie 2006, op.cit, p 57.*
(2) *IDEM, p 60.*
(3) *L'activité informelle.*

عدد المناصب التي يوفرها على المستوى الوطني. غير أن 04 ملايين شخص(أي 49% من إجمالي العمال) غير منخرطين في مؤسسات الضمان الاجتماعي[1]. هذا الوضع يؤثر على الموارد المالية لصناديق الضمان الاجتماعي، التي بالإمكان استخدامها في تغطية نسبة من العجز المالي الذي تعاني منه تلك الصناديق. ومن جهة أخرى حرمان شريحة كبيرة من العمال، وذوي حقوقهم، من مزايا التأمين الاجتماعي.

2-3-2 هيكل البطالة في تونس:

لقد مكنت المجهودات المبذولة، من قبل السلطات التونسية، بفعل السياسات والبرامج الخاصة المعتمدة، من تخفيض معدل البطالة من 15,1% سنة 2000، إلى حدود 14,1% في سنة 2007. وبالرغم من تسجيل مستويات إيجابية للنمو الاقتصادي، يبقى التشغيل يشكل تحديا أساسيا، مع بقاء معدلات البطالة[2] في حدود 14% في السنوات الأخيرة. فرغم انخفاض معدل البطالة في سنة 2007 بـــ0,2 نقطة، مقارنة بسنة 2006، فإن عدد العاطلين عن العمل قد ارتفع بسبعة آلاف شخص خلال الفترة 2006-2007. مع الإشارة إلى أن هذا المعدل قد بلغ 12,8% لدى الرجال، و17,8% لدى النساء.

جدول رقم(17): عدد العاطلين، ونسبة البطالة حسب الجنس في تونس 2005-2007

	عدد العاطلين عن العمل (بالألف)			نسبة البطالة (%)		
السنوات	2005	2006	2007	2005	2006	2007
الذكور	328,8	336,4	333,5	13,1	13,2	12,8
الإناث	157,6	164,9	174,6	17,3	17,3	17,8
المجموع	486,4	501,3	508,1	14,2	14,3	14,1

المصدر: الجمهورية التونسية، وزارة التنمية والتعاون الدولي، المسح الوطني حول السكان والتشغيل لسنة 2007، المعهد الوطني للإحصاء، 2008، ص 27.

وتشير نتائج المسح الوطني حول السكان في تونس لسنة 2007[3]، إلى أن هيكل البطالة بحسب المستوى التعليمي، يسجل تغيرا مستمرا، مع تسجيل ارتفاع مستمر لعدد العاطلين عن

(1) *CNES- PNUD, Rapport National sur le Développement Humain, Algérie 2006, op.cit, p 60.*

(2) حسب توصيات مكتب العمل الدولي، فقد تم اعتماد الشريحة العمرية 15 سنة فما فوق لاحتساب معدلات البطالة.

(3) تم اعتماد نتائج هذا المسح في دراسة مشكلة البطالة في تونس. لمزيد من المعلومات أنظر: الجمهورية التونسية، وزارة التنمية والتعاون الدولي. المسح الوطني حول السكان والتشغيل لسنة 2007، المعهد الوطني للإحصاء، 2008.

العمل من ذوي التعليم العالي. وسجلت هذه الفئة أعلى نسبة بطالة، في سنة 2007، بواقع 19% تليها فئتا النشطين من مستوى التعليم الثانوي، والتعليم الإبتدائي، بمعدلي بطالة 15,4% و13,5% على التوالي، مع تسجيل تراجع نسبة البطالة لفئة النشطين بدون مستوى تعليمي.

جدول رقم (18): نسبة البطالة من السكان النشطين حسب المستوى التعليمي في تونس

	عدد العاطلين عن العمل (بالألف)			نسبة البطالة (%)		
السنوات	**2005**	**2006**	**2007**	**2005**	**2006**	**2007**
لا شيء	35,3	35,3	24,5	7,8	8,0	5,9
المستوى الابتدائي	201,5	197,8	177,7	15,7	15,2	13,5
المستوى الثانوي	183,2	181,8	203,4	14,9	14,3	15,4
المستوى العالي	66,2	86,1	102,3	14,8	17,5	19,0
غير مصرح به	0,2	0,2	0,2	–	–	–
المجموع	**486,4**	**501,3**	**508,1**	**14,2**	**14,3**	**14,1**

المصدر: الجمهورية التونسية، وزارة التنمية والتعاون الدولي، المسح الوطني حول السكان والتشغيل لسنة 2007، مرجع سبق ذكره، ص 28.

أما بالنسبة لهيكل البطالة، حسب الفئات العمرية، فتبين نتائج مسح 2007، أن 57,1% من مجموع العاطلين عن العمل، تتراوح أعمارهم بين 20-29 سنة. وقد ارتفع هذه النسبة بما يقارب 3% عما كانت عليه في سنة 2006، أين بلغت 54,3% من إجمالي السكان النشطين العاطلين عن العمل.

جدول رقم (19): عدد العاطلين، ونسبة البطالة حسب الفئات العمرية في تونس 2005-2007

	عدد العاطلين عن العمل (بالألف)			التوزيع النسبي (%)		
الفئة العمرية	**2005**	**2006**	**2007**	**2005**	**2006**	**2007**
15-19 سنة	67,7	71,1	70,9	13,9	14,2	14,0
20-24 سنة	138,2	139,3	143,0	28,4	27,8	28,1
25-29 سنة	132,0	132,3	147,2	27,2	26,5	29,0
30-34 سنة	64,4	63,0	68,1	13,2	12,5	13,4
35-39 سنة	32,0	35,4	32,1	6,6	7,0	6,3
40-44 سنة	22,0	23,0	19,6	4,5	4,6	3,9
45-54 سنة	23,3	27,1	20,1	4,8	5,4	3,9
55 سنة فما فوق	6,7	10,1	7,1	1,4	2,0	1,4
المجموع	**486,4**	**501,3**	**508,1**	**100**	**100**	**100**

المصدر: الجمهورية التونسية، المسح الوطني حول السكان والتشغيل لسنة 2007، مرجع سبق ذكره، ص 30.

وأفرزت نتائج المسح المتعلقة بمدة البطالة، أن العاطلين عن العمل منذ أقل من سنة يمثلون نسبة 58,4% من مجموع العاطلين، مقابل 25,1% للفئة التي تتراوح مدة بطالتها بين سنة وسنتين. وقد تم تسجيل تزايد في أعداد العاطلين عن العمل التابعين لهذه الفئة الأخيرة حيث انتقل عددهم إلى 127800 شخص في سنة 2007، مقابل 101600 في سنة 2005. أما الفئة التي تفوق مدة بطالتها السنتين، فقد بلغت 16,5% من العدد الإجمالي في سنة 2007. وعلى مستوى مجموع العاطلين عن العمل، من الجنسين، يقدر متوسط مدة البطالة بسبعة عشر شهرا (15,2 شهرا بالنسبة لفئة الرجال، و20,6 شهرا لدى النساء).

جدول رقم (20): عدد العاطلين، حسب المدة في تونس 2005-2007

	عدد العاطلين عن العمل (بالألف)			التوزيع النسبي (%)		
مدة البطالة	2005	2006	2007	2005	2006	2007
أقل من سنة	298,2	303,6	292,6	62,4	62,2	58,4
من سنة إلى سنتين	101,6	108,2	127,8	21,3	22,2	25,1
أكثر من سنتين	77,8	76,2	83,0	16,3	15,6	16,5
غير مصرح به	8,8	13,3	6,7	-	-	-
المجموع	**486,4**	**501,3**	**508,1**	100	100	100

المصدر:

الجمهورية التونسية، وزارة التنمية والتعاون الدولي، المسح الوطني حول السكان والتشغيل لسنة 2007، مرجع سبق ذكره، ص 31.

وبالنظر إلى الاختلالات التي يعانيها سوق العمل في تونس، فإن المخطط الحادي عشر للتنمية 2007-2011، يهدف إلى إحداث 412 ألف منصب شغل، والتحكم في مستوى البطالة في حدود 13,4% بحلول سنة 2011. وهي أهداف طموحة، بحكم الضغوطات المستقبلية التي من المنتظر أن تعرفها سوق العمل التونسية مستقبلا (وهي متشابهة في البلدان المغاربية الثلاث)، والمتمحورة أساسا حول العناصر التالية(1):

- الحجم المرتفع، والمتواصل لطلبات الشغل الإضافية، والناجم عن التحولات الديموغرافية التي يشهدها المجتمع. ودخول تونس المرحلة الأخيرة من تحولها الديموغرافي.

(1) الجمهورية التونسية، وزارة التنمية والتعاون الدولي، المخطط الحادي عشر للتنمية 2007-2011، المجلد الأول جويلية 2007، ص 142.

- النقلة النوعية في هيكل الطلبات الإضافية، والتي تتميز بتزايد أكثر لعدد حاملي شهادات التعليم العالي.
- ارتفاع نسبة مشاركة المرأة في النشاط الاقتصادي، بفضل تحسن معدلات التمدرس في مختلف مراحل التعليم، وخاصة الجامعي منه.
- سياسة الإنفتاح الاقتصادي على السواق الخارجية، وتنامي المنافسة داخليا وخارجيا وما يتطلبه ذلك من جهود للمحافظة على مواطن الشغل الموجودة.
- تواصل ارتفاع نسبة البطالة لدى طالبي الشغل، ممن لديهم مستوى التعليم العالي.

2-3-3 هيكل البطالة في المغرب:

إن النمو الاقتصادي المتذبذب في المغرب، لم يرق إلى المستوى الذي يمكن معه خلق فرص التوظيف الكافية، وتخفيض معدل البطالة، الذي يبقى مرتفعا في المناطق الحضرية خاصة. فالبطالة في هذا البلد المغاربي تتطور بمعدلين مختلفين. معدل بطالة مرتفع في المناطق الحضرية بلغ 14,7% في سنة 2008، مقابل معدل بطالة في حدود 04% في نفس السنة بالمناطق الريفية. وقد مكنت الجهود المبذولة من تخفيض معدل البطالة في الوسط الحضري الذي بلغ حدود 22% في سنة 1999. ويظل التشغيل في الوسط الريفي يعرف بالتشغيل الناقص (***sous-emploi***) بالنظر للطابع الموسمي لأنشطة هذا القطاع. والجدول الموالي يقدم حوصلة لتطور هيكل البطالة في المغرب، بحسب الوسط.

جدول رقم (21): هيكل البطالة، حسب الوسط، في المغرب 2000-2008

معدل البطـــالة %						
السنوات	**1999**	**2000**	**2004**	**2006**	**2007**	**2008**
الحضر	22,0	21,4	18,4	15,5	15,4	14,7
الريف	5,4	05	3,1	3,7	3,8	04
الإجمالي	13,8	13,4	10,8	9,7	9,8	9,6

المصدر: من إعداد الباحث انطلاقا من الموقع الالكتروني للمندوبية السامية للتخطيط.

Maroc, Haut Commissariat au Plan : www.hcp.ma, Consulter le 12.11.2009

أما تحليل هيكل البطالة، من حيث المستوى التأهيلي، فيبرز نفس الملاحظات التي تطبع هذه الظاهرة في البلدان المغاربية الثلاث. وهي عدم توافق مجالات، ومستويات التكوين مع

الاحتياجات الفعلية لسوق العمل. وتبين الإحصائيات الواردة في الجدول الموالي، أن نسبة البطالة بين ذوي التعليم العالي، ورغم تراجعها في سنوات المقارنة، فإنها تبقى مرتفعة. ففي ظل محدودية القطاع العام في خلق مناصب الشغل لهذه الفئة، وعدم ملائمة مجالات التكوين لاحتياجات القطاع الخاص، يبقى معدل بطالة هذه الفئة يسجل مستويات حرجة. في حين أن معدل البطالة لدى الأميين لم يتجاوز 4,7% في سنة 2008، وتستطيع العديد من قطاعات النشاط، كالزراعة والبناء، امتصاص عرض العمل لهذه الفئة.

جدول رقم(22): نسبة البطالة من السكان النشطين حسب المستوى التعليمي في المغرب

السنوات	1999	2000	2004	2006	2007	2008
بدون مستوى	08	07	05	4,8	4,9	4,7
مستوى متوسط	26,9	26,7	20,7	18,7	18,1	18
مستوى عالي	**27,6**	**28,9**	**26,9**	**19,5**	**20,8**	**19,5**

المصدر: من إعداد الباحث انطلاقا من الموقع الالكتروني للمندوبية السامية للتخطيط:

Maroc, Haut Commissariat au Plan : www.hcp.ma. , Consulter le 12.11.2009

الملاحظة الأخرى التي تبرزها معطيات البطالة في المغرب، تتعلق بمتوسط البطالة طويلة الأمد التي تتجاوز مدتها السنة. حيث مثلت هذه الشريحة 69,4% من العاطلين عن العمل في سنة 2008، مقابل 30,5% من العاطلين تقل مدة بطالتهم عن 11 شهرا في نفس السنة. مع الإشارة إلى أن البطالة الطويلة الأمد، قد بلغت مستوى قياسيا سنة 1999 بواقع 71,5%.

جدول رقم(23): متوسط فترة البطالة لدى السكان النشطين في المغرب

السنوات	1999	2000	2004	2006	2007	2008
أقل من 11 شهرا	28,4	29,9	30,0	**34,9**	33,9	30,5
سنة فما فوق	**71,5**	70,0	69,9	65,0	65,8	69,4

المصدر: من إعداد الباحث انطلاقا من الموقع الالكتروني للمندوبية السامية للتخطيط.

Maroc, Haut Commissariat au Plan, www.hcp.ma. Consulter le 12.11.2009

الإحصائيات المتعلقة بمستويات البطالة، حسب الفئات العمرية، تبرز أن معدل البطالة قد بلغ مستواه الأعلى في فئة الشباب (15-24 سنة)، بمعدل بطالة 18,3% في سنة 2008. تليها الفئة العمرية (25-34 سنة) بمعدل 13,5%. بمعنى أن معدل البطالة لهاتين الفئتين (15-

34 سنة) قد بلغ 31,8% في سنة 2008، مقابل 40,1 في سنة 2000، و معدل 31,8% خلال سنة 2004. ويمكن إبراز كل هذه الملاحظات من خلال الجدول الموالي.

جدول رقم(24): معدل البطالة حسب الفئات العمرية في المغرب

السنوات	15-24	25-34	35-44	45 سنة فما فوق	معدل البطالة الوطني
2000	19,6	20,5	7,3	2,6	13,4
2004	15,4	16,4	07	2,2	10,8
2007	17,2	14,4	5,9	02	9,8
2008	18,3	13,5	5,2	02	9,6

المصدر: من إعداد الباحث انطلاقا من الموقع الالكتروني للمندوبية السامية للتخطيط.

Maroc, Haut Commissariat au Plan, www.hcp.ma, , Consulter le 12.11.2009

2-3-4 هيكل العمالة المغاربية حسب قطاع النشاط:

إن إجراء مقارنة لحجم العمالة حسب قطاعات النشاط، نلاحظ الدور الكبير الذي يلعبه القطاع الثالث (الخدمات) في الدول الثلاثة، في حين يبرز الدور الكبير للقطاع الأولي (الزراعة) في مجال التشغيل بالمغرب، وهو ما يفسر معدلات البطالة المنخفضة في المناطق الريفية. وبحكم ارتباط هذا القطاع بالظروف المناخية، وطابعه الموسمي، كما ذكرنا، فإن ذلك يؤثر على مداخيل هذه الفئة من العمال.

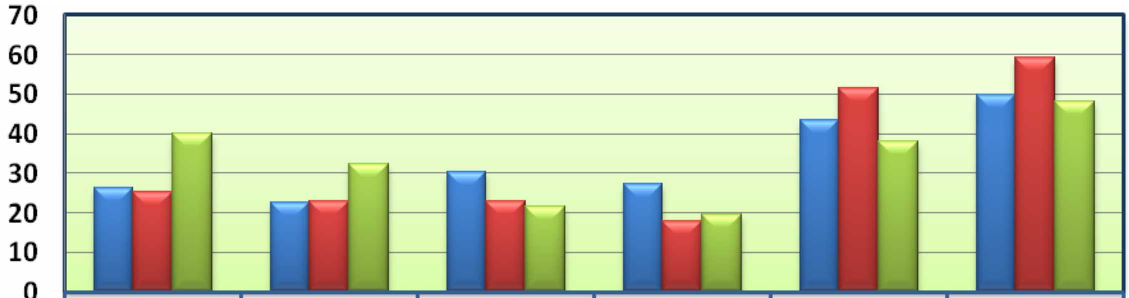
ويلعب القطاع غير المنظم[1] دورا كبيرا في خلق فرص العمل، وتوفير الدخل للعاملين به. فهو قطاع يتميز بحركية كبيرة، وتجدد مستمر. غير أن من أكبر مساوئ هذا القطاع هو عدم تمتع العاملين فيه بالحماية الاجتماعية، كتأمين الشيخوخة، العجز والوفاة، التأمين على المرض، وإصابات العمل. وهو ما يحرم شريحة كبيرة من السكان التابعين لهذا القطاع، من الاستفادة من مزايا الضمان الاجتماعي، هذا الأخير يفقد موارد مالية معتبرة، بسبب ضعف مستويات عدد العمال المصرح بهم.

والقطاع غير المنظم، ليس ظاهرة مؤقتة، ولكنه يمثل حقيقة تستوجب التعامل معها بشكل يمكن من تحسين أوضاع العاملين بهذا القطاع، ليتمتعوا بنفس المزايا، والحقوق التي يضمنها القطاع المنظم.

---

(1) لمعلومات أوسع أنظر: منظمة العمل العربية، موجز التقرير العربي الأول حول التشغيل والبطالة في الدول العربية نحو سياسات وآليات فاعلة، القاهرة، جويلية، 2008.

شكل رقم (28): توزع القوى العاملة بين القطاعات في البلدان المغاربية (%)



	الزراعة		الصناعة		الخدمات	
	1995	2005	1995	2005	1995	2005
تونس	26,5	22,8	30,2	27,2	43,3	50
الجزائر	25,4	23	23	18	51,6	59,1
المغرب	40,2	32,4	21,6	19,6	38,2	48

المصدر: التقرير الاقتصادي العربي الموحد 2007، الملحق الإحصائي، مرجع سبق ذكره.

إن البطالة، التي يعاني منها حاملو الشهادات اليوم، لها آثار سلبية على تطلعات الشباب الذين ما يزالون في أطوار المنظومة التربوية، وكل ذلك من شأنه تقليص التماسك الاجتماعي، وينمي الإحساس بالإقصاء لدى هؤلاء. وبالإضافة إلى مشكلة البطالة المستفحلة فإن المشاكل التي يعيشها الشباب كثيرة، ومتشعبة بحيث يتجاوز حجمها اختصاص قطاع واحد، أو وزارة معينة (الشباب، التربية، الرياضة..).

إن التنمية هي مشروع مجتمعي، تقوم فيه العملية التنموية على النهوض بالمؤشرات التي تخص الموارد البشرية. ويعتبر الشباب المورد الأكثر حيوية، ومحور هذه التنمية الاقتصادية والاجتماعية، فهو يعتبر حجر الزاوية في أي حل مقترح للنهوض بأوضاع المجتمع. وتكمن عملية التأهيل في توفير الظروف المناسبة، من خلال الاستثمار في المجالات الحيوية كالصحة، التربية، التعليم، والتكوين، بما يستجيب لمتطلبات سوق الشغل وبما يضمن توفير عدالة في توزيع فرص العمل. ومن ثم تمكين شريحة الشباب من المشاركة الفعلية في دفع وقيادة عملية التنمية الشاملة.

فالاستثمارات الموظفة في البنى التحتية الاقتصادية والاجتماعية، الخدمات، والحماية الاجتماعية، بما فيها برامج التعليم، الصحة، التغذية، السكن والضمان الاجتماعي، تمثل أمرا حيويا لتمكين الأفراد، خاصة الفقراء منهم، من التكيف على نحو أفضل، مع الظروف والفرص الاقتصادية المتغيرة، وزيادة الانتفاع منها. ويمكن للسياسات الفعالة في سوق العمل، بما في ذلك تدريب العمال، أن تساعد على زيادة فرص العمل وتحسين ظروفه.

إن التنمية الشاملة لا تتحقق بالموارد المادية فقط، بل تتضمن بالأساس إعداد، وتكوين الإنسان الذي سيدير هذه الموارد، ومن ثم تنميتها وتطويرها. بمعنى أن المشروع التنموي يجب أن يكون في إطار شامل ومتكامل للجوانب الثقافية، الاجتماعية والاقتصادية، وزيادة تعزيز غطاء الحماية الاجتماعية ونطاقها.

2-4 الحماية الاجتماعية:

يتطلب تحقيق أهداف السياسة الاقتصادية المبنية على تحرير الاقتصاد الوطني واندماجه في الاقتصاد العالمي من جهة، وضمان ديمومة المكاسب المسجلة من جهة ثانية وجود شبكة أمان اجتماعي تحد من الانعكاسات السلبية للعوامل الخارجية خاصة على الفئات الفقيرة، والمحدودة الدخل. وتعتبر التحويلات الاجتماعية من أبرز مكوّنات هذه الشبكة من خلال تدخلاتها المباشرة وغير المباشرة لفائدة هذه الفئات.

إن تدخل الدولة في الجوانب الاجتماعية، من خلال آليات تخص الدعم، والتكفل بمختلف الحاجيات الاجتماعية، كالمرض، حوادث العمل، الوفيات، الشيخوخة، الأمومة والبطالة. والغرض من ذلك هو إيجاد التوافق بين التنمية الاقتصادية، والمسألة الاجتماعية فلا يمكن الحديث عن إصلاحات اقتصادية دون سياسة اجتماعية عادلة، وتضامنية بالأساس.

إن مجال السياسة الاجتماعية، هو من المجالات الأكثر تعقيدا، ويشمل مجموعة واسعة من الأنشطة، متعلقة بالعمل، التغطية الاجتماعية والصحية، التدريب المهني، التعليم، الإسكان ومجالات أخرى. والتعامل مع هذه المجالات على اختلافها، يجري من منظور السعي إلى تقليل الفوارق الاجتماعية وتصحيحها. ويمكن تعريف السياسة الاجتماعية بأنها:[1]

- السياسة التي تهتم بمجالات معينة، الصحة، التعليم، وخاصة قطاع الرعاية الاجتماعية
- السياسة التي تهتم بالمشكلات الاجتماعية، كالأمية، البطالة، ولاسيما الفقر.
- بعبارة أعم وأشمل، هي السياسة التي تتصدى للمشكلات الاجتماعية، وفي نفس الوقت تتقدم بالتنمية المجتمعية نحو تحقيق أهدافها، أي تحسين أحوال الناس، ونوعية حياتهم.

يتطلب تصميم السياسات الاجتماعية الجيدة، فهما لاحتياجات السكان، من وجهات نظر مختلفة. فأهداف السياسة الاجتماعية، هي تكريس مبدأ الحياة الكريمة لجميع المواطنين، وبناء

---

(1) لمعلومات أكثر، أنظر تقرير اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغرب آسيا، نحو سياسات اجتماعية متكاملة في الدول العربية، إطار وتحليل مقارن، الأمم المتحدة، نيويورك، 10 نوفمبر 2005.

رأس المال البشري، وتعزيز التماسك الاجتماعي. لذلك يجب معرفة الاحتياجات المتنامية لمختلف فئات للسكان، من أجل تحديد الأهداف ذات الأولوية للتنمية الاجتماعية.

تكتسب مؤشرات التنمية الاجتماعية أو البشرية، القابلة للمقارنة أهمية بالغة في رسم صورة الإنصاف في البلدان. وتدل المؤشرات على أوجه الاختلاف في مستويات المعيشة بين المواطنين، كما توفر لصانعي ومنفذي السياسات الأدوات اللازمة لتقييم مجالات التنمية، التي تحتاج إلى المزيد من الاهتمام والتدخل، مما يؤدي إلى تحسين تخصيص الموارد، وبالتالي إلى نجاح صياغة مبادرات السياسة العامة . وتتضمن هذه الأدوات ما يلي[1]:

- أوجه التباين في التنمية البشرية بين المناطق والبلدان، وداخل الدولة الواحدة.
- مستويات الفقر، وذلك لإظهار الفوارق بين الإناث والذكور، وبين المناطق الريفية والحضرية، أو أوجه التناقض في مستويات الدخل.
- أوجه التباين في الكفاءة والتلاحم فيما بين القطاعات، وتوزيع الفوائد.
- تزويد راسمي السياسات بالمعلومات اللازمة.

وتكمن هذه المؤشرات في البيانات المتصلة بالصحة، الإنفاق العام على الصحة، العمر المتوقع عند الولادة، الولادات التي تتم بحضور موظفين صحيين ماهرين، ومعدلات وفيات الأمهات والأطفال. إلى جانب المؤشرات المتصلة بالتعليم، حيث تتضمن النسب الإجمالية للالتحاق بالمدارس، ومعدلات الأمية لدى الذكور والإناث، وتوزعها بين المناطق الريفية والحضرية. بالإضافة إلى مؤشرات أخرى، كمستويات البطالة، وتوزع الدخل، وغيرها.

وتوفير الحاجات الأساسية للفرد تستوجب بنية تحتية متطورة، بحيث يرتكز التمويل الحكومي على القطاعات الاجتماعية ، ليغطي مجالات التعليم، التدريب، مياه الشرب، قنوات الصرف الصحي، الرعاية الصحية الأولية، المتضمنة حملات التلقيح، الصحة الإنجابية، وخدمات تنظيم الأسرة، إضافة إلى مشاريع السكن، حماية البيئة، وكل المشاريع الرامية لتخفيف مظاهر الفقر. بحيث تشكل هذه القطاعات الدعائم الأساسية التي تتيح إمكانية بلوغ أهداف التنمية للألفية، وتحقيق مبدئي المساواة والإنصاف.

(1) لمعلومات أكثر، انظر: نشرة التنمية الاجتماعية، إدراج الإنصاف على أجندة التنمية، 30 نوفمبر 2006.
http://www.escwa.un.org/information/publications/edit/upload/sdd-06-tp4-a.pdf

وتواجه برامج شبكات الأمان الاجتماعي في البلدان المغاربية، كما هو الحال في باقي الدول العربية، جملة من التحديات، والتي لا تعود فقط للنقص الذي تعانيه في مخصصاتها المالية وإنما محدودية تغطيتها لكافة شرائح المجتمع، وخاصة الفقيرة منها. مما جعل دورها محدودا في مواجهة الآثار السلبية لسياسات الإصلاح الاقتصادي، وإعادة الهيكلة التي تم اعتمادها.

2-4-1 سياسات الضمان الاجتماعي:

إن الضمان الاجتماعي هو نظام قانوني، ووسيلة إلزامية تأخذ بها الدولة لتحقيق الأمان الاجتماعي لمواطنيها في مواجهة المخاطر الاجتماعية التي يحددها القانون، وذلك بحصولهم على إعانات نقدية أو عينية. أما التأمينات الاجتماعية، فهي وسيلة إلزامية لتحقيق الأمان الاجتماعي، في مقابل اشتراكات يدفعها العمال وأصحاب العمل، مع ضمان الحكومة لتغطية أي عجز قد يحدث[1].

ويرى البعض أن الضمان الاجتماعي يشمل المواطنين جميعا، سواء أكانوا يؤدون اشتراكا فيه أم غير ذلك. فالضمان الاجتماعي هو جميع الخدمات، والمساعدات التي تقدم لمستحقيها سواء عن طريق التأمين، أو المساعدات الاجتماعية التي تدفع من موارد الدولة مباشرة. وبعبارة أخرى هو نظام شمولي يتضمن مجموعة من التأمينات التي تهدف إلى حماية المواطنين من بعض، أو كل، المخاطر التي قد يتعرضون لها، وذلك من منطلق أساسي يقضي بتوفير دخل للمواطن في حالة فقدانه القدرة على العمل نتيجة ألإصابته، العجز الشيخوخة أو لأي سبب آخر، وذلك بما يحقق الأمن المادي للفرد والأسرة.

وتتفاوت التغطية أو الفوائد التي تقدمها هذه الأنظمة من دولة لأخرى. ولتحقيق الضمان الاجتماعي توجد وسيلتان (المساعدات الاجتماعية، التأمينات الاجتماعية)[2]:

2- 4-1-1 المساعدات الاجتماعية.

تقدم مثل هذه المساعدات للأشخاص الذين لا يستطيعون دفع أقساط التأمين الاجتماعي وذلك عند حاجتهم لهذه المساعدات، وبالتالي فإن نظام التأمين الاجتماعي لا يشملهم. وكلما زادت التأمينات الاجتماعية قلت هذه المساعدات. ويجب أن يكون هناك تنسيق بين هيئات

---

(1) اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغرب آسيا، الضمان وشبكات الأمان الاجتماعي في إطار السياسات الاجتماعية، الأمم المتحدة، نيويورك، 26 نوفمبر 2003، ص 15.

(2) نفس المرجع، ص ص 15- 16 .

التأمين الاجتماعي، وهيئات المساعدات، فيما يتعلق بجمع البيانات اللازمة، لمنع الإزدواجية ومن ثم تحقيق التكامل بين الوسيلتين.

2- 4-1-2 التأمينات الاجتماعية.

وهو النظام الذي تفرضه الدولة على الأفراد القادرين على دفع أقساط التأمين ضد المخاطر وحالات العوز حتى يحصلوا على الإعانات عند الحاجة. ويغطي هذا النظام عددا من المخاطر الرئيسية التالية:

❖ **التأمين ضد الشيخوخة والعجز:**

الذي يضمن له وسيلة العيش، وبالمقدار الذي تحدده الهيئة الاجتماعية، وهذا التأمين يولد الحماية والاستقرار، بحكم التقدم في السن، أو كذلك من الممكن أن يصاب الإنسان بالعجز الجسدي أو العقلي، بشكل كلي أو جزئي.

❖ **التأمين الاجتماعي ضد الوفاة:**

ويهدف هذا التأمين إلى سد نفقات الوفاة، وتعويض عائلة المتوفى عند انقطاع مورد عيشهم بإعانات نقدية يحدد قيمتها القانون.

❖ **التأمين الاجتماعي ضد البطالة:**

يضمن هذا التأمين للمشتركين تعويضا مناسبا عند تعرضهم للبطالة بسبب عدم وجود عمل لهم، رغم رغبتهم فيه وقدرتهم عليه وطلبهم له. وهذا التأمين مهم جدا لإحلال الاستقرار الاجتماعي، كما تقتضيه المصلحة السياسية لتثبيت حالة الاستقرار، والأمن في المجتمع. لأن البطالة تؤدي إلى الحرمان، وتزايد الفقر، وهي أمور كثيرا ما تؤدي بدورها إلى التهميش الاجتماعي، وخلق ظروف مشجعة للانحراف والجريمة.

غير أن تطبيق هذا النمط من التأمين ليس سهلا، خصوصا في الدول التي تعاني من معدلات بطالة عالية، وخاصة بين فئات الشباب. والناتجة عن عدم قدرة الدولة على تحقيق تنمية سريعة توفر فرص عمل كافية، إضافة إلى عوائق النمو الديموغرافي.

❖ **التأمين الاجتماعي ضد إصابات العمل:**

يضمن هذا التأمين تعويض المصابين في حوادث العمل وبالأمراض المهنية وعائلاتهم عما فقدوا من قدرة جسدية أو مورد رزق بسبب هذه الحوادث، وذلك من خلال تقديم الخدمات واللوازم الطبية لشفاء المصابين وتعويضهم عن فقدان أجورهم بسبب الإصابة.

التأمين الاجتماعي ضد المرض:

يضمن هذا التأمين تقديم الخدمات العلاجية للمستفيدين منه، عند التعرض للمرض، ليس لها علاقة بعملهم أو مهنتهم. ويعتبر هذا التأمين من أهم ركائز الضمان الاجتماعي، ومن مزاياه كذلك تقديم الخدمات الوقائية، والتحصين ضد الأمراض المختلفة.

إن السياسات الاجتماعية المتبعة في البلدان المغاربية الثلاث، لا زالت تعاني من أزمة حادة، رغم الجهود التي بذلت، والتي تجلت خاصة في محاولات توسيع قاعدة الاستفادة لتشمل الشرائح المختلفة للمجتمع، من خلال تقليد النماذج الغربية القائمة أساسا على العمل المأجور وإعادة توزيع الدخول، سعيا لتحقيق نوع من العدالة الاجتماعية.

وكما رأينا، فإن النمو الاقتصادي في هذه الدول يتسم بالتذبذب، وعدم الاستقرار، بسبب ضعف إمكانيات تنويع القاعدة الاقتصادية لها، وكذا ارتباطها الكبير بالأحداث والتطورات الدولية ، والظروف المناخية.

إن إشباع الحاجات الأساسية للأفراد، هو من أنسب المفاهيم عن التنمية الشاملة، بحيث يمتد مفهوم هذه الحاجات الأساسية ليشمل العمل، السكن، الصحة، التعليم وغيرها.

ويتضح اليوم أن العدالة الاجتماعية والفعالية الاقتصادية، عاملان يندمجان في بعضهما البعض. وبالتأكيد فإن هذه الشبكات الرسمية وغير الرسمية بإمكانها أن تساهم بشكل فعال وملموس في تخفيض ظاهرة الفقر، وتحسين مستويات الدخل، شريطة الارتقاء بنجاعة برامج الدعم، وحسن توجيهها من أجل تحقيق الأهداف التوزيعية المرجوة بكفاءة عالية. وبالتالي تستفيد منها الفئات المستهدفة.

وحسب تقرير مركز الدراسات السياسية و الإستراتيجية[1]، يعد الفقر مفهوما أكثر شمولا، من مجرد فقر الدخل العام (انخفاض متوسط نصيب الفرد من الدخل في أي بلد إلى ما دون 765 دولارا حسب تصنيف البنك الدولي)، أو فقر الدخل لشرائح منها (الفئات التي يعيش فيها الفرد على أقل من دولار أو دولارين في اليوم). فالفقر، بمعناه الشامل يعني، إلى جانب ما ذكر، ضعف الوصول والحصول على الرعاية والخدمات الصحية بالحجم الكافي والنوعية اللازمة، إضافة إلى ضعف الحصول على التعليم بسبب التكاليف المانعة، ظروف السكن السيئة لهذه الأسر الفقيرة، وغيرها من النتائج السلبية المترتبة عن ظاهرة الفقر

[1] مركز الدراسات السياسية والإستراتيجية، تقرير الاتجاهات الاقتصادية الإستراتيجية، القاهرة 2006، ص 251.

وانخفاض القدرة الشرائية لهذه الفئات. وبالتالي فإن مصطلح الفقر ينطوي على مضمون اقتصادي، اجتماعي، سياسي شامل لكل ما يعني الحاجة والعوز، غياب المشاركة.

جدول رقم (25): نسبة سكان المغرب العربي تحت خط فقر الدخل

	السكان الذين يعيشون بدولار واحد في اليوم	السكان الذين يعيشون بدولارين في اليوم
السنوات	**1990- 2005**	**1990- 2005**
تونس	أقل من 2 %	% 6,6
الجزائر	أقل من 2 %	% 15,1
المغرب	أقل من 2 %	% 14,3

المصدر:

PNUD, Rapport mondial sur le développement humain 2007- 2008, La lutte contre le changement climatique, un impératif de solidarité humaine dans un monde divisé.op.cit.

إن المعطيات المتوفرة عن المغرب، تشير إلى أن 23% من سكان الأرياف تعيش تحت مستوى عتبة الفقر، أي بدخل يقل عن 3500 درهم للفرد سنويا. كما أن 700.000 أسرة مغربية، أي ما يعادل 04 مليون شخص، تعيش في أحياء السكن غير المنظم، أو في مدن الصفيح كما تسمى (الأحياء القصديرية)[1].

بالنسبة للجزائر، فقد عرفت المسألة الاجتماعية تطورات مهمة، بعد استرجاع الاقتصاد الوطني لمستويات النمو الإيجابية في السنوات الأخيرة ، تمكنت معها من تخفيض مستويات البطالة إلى حدود 13,8% في سنة 2007 بعد أن كان في حدود 30% في سنة 2000. وحسب تقرير المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي، بالتعاون مع برنامج الأمم المتحدة الإنمائي[2] فإن التحويلات الاجتماعية ارتفعت إلى أكثر من 770 مليار دينار، مما يمثل 50% من الجباية البترولية، و12,6% من الناتج الداخلي الخام.

الميزانية الاجتماعية للدولة ارتفعت بشكل ملحوظ مقارنة بسنة 2000، حيث انتقلت من 161,1 مليار دينار إلى 293 مليار دينار في سنة 2004، أي بمعدل نمو سنوي تجاوز في المتوسط 16%. هذه النفقات كانت موجهة بالأساس لدعم التعليم (المنح)، الإعانات العائلية برامج الحماية الاجتماعية (الموجهة للطفولة المسعفة، الأشخاص المسنين والمعاقين)، المنح

(1) المملكة المغربية، المبادرة الوطنية للتنمية البشرية، أرضية لإعداد برنامج عمل، أوت 2005، ص07.

(2) *C.N.E.S, PNUD, Rapport National sur le développement humain, Algérie 2006, op. cit, p 37.*

ومختلف الصناديق الاجتماعية (الصندوق الاجتماعي للتنمية، الصندوق الوطني لدعم تشغيل الشباب، الصندوق الوطني للسكن)، وغيرها من الإجراءات التضامنية التي تهدف بالأساس إلى محاولة تحسين الأوضاع الاجتماعية، محاربة أشكال الفقر والحرمان المستفحلة، وتخفيف الآثار السلبية لبرنامج التعديل الهيكلي التي اعتمدت في منتصف التسعينيات.

ومن الأمور الثابتة أن التردي الطويل الأجل في المؤشرات الاقتصادية، وتواضع معدلات النمو المحققة وتذبذبها، ضعف مستويات الادخار، مع تفشي ظاهرة البطالة، واستفحالها في فئة الشباب، كلها عوامل تجعل الدول والحكومات أمام تحديات كبيرة لمحاربة ظاهرة الفقر والتقليل منها.

ومن الضروري أن تكون شبكات الأمان الاجتماعي أدوات أكثر أهمية في إستراتيجيات تخفيض الفقر في المستقبل، من خلال التركيز على الأهداف المتعلقة بتحقيق الكفاءة والتأمين. في حين مازالت الإجراءات التي تستهدف زيادة معدلات النمو، وتعزيز قدرة الفقراء على الحصول على خدمات الرعاية الصحية، والتعليم تشكل الركيزتين الرئيسيتين لإستراتيجية تخفيض الفقر. وينبغي إصلاح هذه الركائز من خلال زيادة مستوى الكفاءة بحيث يتم توجيه الموارد المتاحة لتلبية احتياجات الفئات المحرومة، وتحسين قدراتهم المادية في ظل آليات السوق، تحرير التجارة، والاندماج في السوق العالمية.

إن ارتفاع البطالة التي سجلت أرقاما قياسية، وكذلك سوء ظروف العمل غير الثابت، وتنامي دور القطاع غير الرسمي (الموازي)، كلها عوامل من شأنها أن ترفع من نسبة السكان الذين يفتقدون لأي شكل من أشكال الحماية. فالتطورات التي سجلت خلال السنوات العشر الماضية تؤكد على ضرورة الإسراع في التحرك لمعالجة مثل هذه الاختلالات، بتبني استراتيجيات هادفة لتعزيز آليات الحماية الاجتماعية وتوسيعها.

مما سبق يتضح أن التقدم الاقتصادي المتمثل في الزيادة السنوية في الناتج الداخلي الخام يعتبر شرطا أساسيا، ولكنه غير كاف لعملية التنمية بمفهومها الشامل. فالتقدم الاقتصادي يمثل الجانب المادي أو الكمي لعملية التنمية، التي لابد أن ترافقها تحولات عميقة في النواحي الاجتماعية، والسياسية، بما يضمن ويدعم مسيرة التنمية الشاملة والمستدامة.

2-5 تطور مؤشر التنمية البشرية في البلدان المغاربية:

لقد حققت التنمية الاجتماعية، في البلدان المغاربية، مؤشرات إيجابية، ناتجة بالأساس عن تحسن الأداء الاقتصادي، وبروز التنمية البشرية كأولوية في برامج الحكومات، تعززها الإجراءات المعتمدة لصالح المناطق المحرومة، والفئات التي تعاني من ضعف مؤشرات التنمية البشرية. فبمقارنة بسيطة بين الوضعية الحالية، والحالة التي ورثتها غداة الاستقلال تتضح أهمية الأشواط التي تم قطعها والتي تبرزها نتائج بعض الميادين الأساسية، كالتربية محاربة الأمية، تحسن المؤشرات الصحية، والبنى التحتية. وهو ما يبرز بوضوح، جدية العمل الذي تم إنجازه، من جهة، ومن جهة أخرى حجم التحديات الكبرى التي ما زالت تنتظر هذه البلدان. فالتحسن الذي طرأ على معظم مؤشرات التنمية البشرية، هو أقل سرعة مما تسجله مؤشرات النتائج الاقتصادية. إذ أن ظروف العيش لم تتحسن بدرجة تعكس ما حققه النمو الاقتصادي من تقدم.

التنمية الاقتصادية هي إحداث التغيرات الجذرية في هياكل الاقتصاد الوطني. ولا يعني ذلك الاهتمام فقط بالجوانب المادية، بل تتعداها إلى الجوانب الاجتماعية، كما تؤكد ذلك النظريات الحديثة ، كنظرية رأس المال البشري.

ومفهوم التنمية البشرية المستدامة، يتناول كيفيات توزيع ثمار هذه التنمية، وآثارها الاجتماعية، والبيئية، بحيث يتناول هذا المفهوم بعدا مستقبليا لاستغلال الخيرات الطبيعية، من أجل رفاهية الأجيال الحالية، وبما يضمن حقوق الأجيال اللاحقة.

والغرض من استعمال، وتوظيف مفهوم التنمية البشرية، هو محاولة الارتقاء بالفكر التنموي من الإطار الضيق، إلى مجال أوسع، يأخذ بعين الاعتبار الحياة البشرية بأبعادها الاقتصادية، السياسية، والثقافية. ويعتبر من الوسائل التي تسمح بالوقوف على إيجابيات وسلبيات سياسات التنمية الاقتصادية، والاجتماعية التي تنتهجها كل دولة، ومن ثم السعي لإجراء المقارنات الدولية الممكنة.

وقد صدر عام 1990 أول تقرير للتنمية البشرية من قبل برنامج الأمم المتحدة الإنمائي (***PNUD***). حيث عرفت التنمية بأنها عملية توسيع القدرات البشرية من خلال الاستثمار في الصحة، التعليم، والتدريب، مع العمل على الاستفادة من هذه القدرات بما يحقق النفع للأفراد.

وعرفت التنمية أيضا بأنها عملية توسيع لخيارات الناس، هذه الخيارات قد تكون مطلقة ويمكن أن تتغير بمرور الوقت، وتنامي الحاجيات. ولكن الخيارات الأساسية الثلاثة على جميع مستويات التنمية هي:

- أن يعيش الإنسان حياة مديدة، وصحية خالية من الأمراض
- اكتساب المعرفة والمهارات
- الحصول على الموارد اللازمة لمستوى معيشة لائق.

مع الإشارة إلى أن مفهوم التنمية البشرية أوسع بكثير من أن يقاس من خلال دليل واحد، غير أن دليل التنمية البشرية يعتبر بديلا قويا لمعيار متوسط الدخل الفردي، كمقياس مختصر لرفاه الإنسان. حيث أن توزيع الناتج المحلي الإجمالي على عدد السكان، لا يعكس الكيفية التي تتم بها عملية التوزيع، ومن ثم درجات تحقيق مبدأ العدالة والإنصاف، واستفادة مختلف الشرائح الاجتماعية.

ويقوم تقرير التنمية البشرية بتقدير عام لهذا المؤشر في كل دولة، ومتابعة تطوره، بحيث يتراوح هذا المؤشر بين الصفر والواحد. و تصنف جميع الدول المعنية بالتقرير ضمن ثلاث مجموعات بحسب الإنجازات المحققة في مجال التنمية البشرية .

- تنمية بشرية مرتفعة، حيث يبلغ دليل التنمية البشرية (0,800) أو أكثر.
- تنمية بشرية متوسطة يتراوح بين (0,500–0,799).
- تنمية بشرية منخفضة، حيث يقدر هذا الدليل بأقل من 0,500.

وفي تقرير التنمية البشرية لسنة 2007–2008 تحت عنوان" محاربة تغير المناخ... التضامن الإنساني في عالم منقسم"[(1)] يصنف الدول المعنية (177 بلدا) بناء على معايير واضحة تحدد مدى تقدمها في مجالات عديدة كما ذكرنا ، مثل مستوى الصحة العامة للسكان مقاسا بمتوسط العمر المتوقع عند الولادة، مستوى التحصيل العلمي، مقاسا بمزيج من معدل معرفة القراءة والكتابة بين البالغين، إضافة إلى نسبة القيد الإجمالية في التعليم الابتدائي، الثانوي والعالي. والمعيار الثالث يتناول مستوى المعيشة من خلال متوسط نصيب الفرد من الناتج الداخلي الخام سنويا، بالدولار الأمريكي حسب تعادل القوة الشرائية (PPA).

---

(1) *PNUD, Rapport mondial sur le développement humain 2007- 2008, La lutte contre le changement climatique, un impératif de solidarité humaine dans un monde divisé.op.cit.*

فالتفاوت في مستوى التطور الاقتصادي، يؤثر ويتأثر بالمعدل السنوي لنمو السكان. حيث يلاحظ أن الدول ذات المعدل المنخفض لنمو الناتج المحلي تتميز، كقاعدة عامة، بمعدل سنوي عالي لتزايد السكان. وهذا يؤدي بالنتيجة إلى تزايد التفاوت في حصة الفرد من الناتج المحلي. كما أن الزيادة الكبيرة في عدد السكان، تفرض عبئا ثقيلا على الاقتصاد الوطني على اعتبار أنها تؤدي إلى استنفاذ الموارد المتاحة بصورة أسرع.

من خلال معطيات التقرير السالف الذكر قد استطاعت بعض البلدان العربية أن تنجح في الحد من زيادة السكان، ودول عربية أخرى استطاعت أن تبدأ بدايات سليمة في سبيل الوصول إلى الهدف ذاته، في حين أن البعض لم يتمكن من خفض معدل تزايد السكان، مما أدى جزئيا إلى عرقلة سير عملية التنمية الاقتصادية والاجتماعية فيها. هذه المعايير المعتمدة من قبل تقرير 2007–2008 أفرزت ثلاث فئات من الدول.

الفئة الأولى ذات التنمية البشرية المرتفعة تضم سبعين (70) دولة من بينها سبع دول عربية (الكويت، قطر، الإمارات، البحرين، ليبيا، عمان، والعربية السعودية)، بعد أن كان العدد لا يتعدى أربع دول عربية في التقرير السابق.

الفئة الثانية ضمت (84) دولة منها 13 دولة عربية. والدول المغاربية الثلاث جاءت ضمن هذه الفئة من الدول ذات التنمية البشرية المتوسطة. فجاءت تونس في الصف (91) وحلت الجزائر في المرتبة (104)، والمغرب في المرتبة (126).

الفئة الثالثة من الدول، فهي ذات تنمية بشرية المنخفضة، يقل فيها هذا المؤشر عن 0,500. وقد ضمت هذه الفئة، حسب نفس التقرير(21) دولة دون وجود أي دولة عربية.

وكقراءة أولية في هذا التقرير، يمكن القول أن انجازات الدول العربية (عشرون دولة بعد استبعاد كل من العراق والصومال، لعدم توفر الإحصائيات اللازمة) وفق مقياس التنمية البشرية، كان أقل من المتوسط العالمي الذي قدر بـــ0,743. في حين بلغ متوسط هذا المؤشر في الدول العربية مجتمعة 0,699. مع الإشارة إلى وجود عشر دول عربية تجاوزت هذا المتوسط العالمي، ويتعلق الأمر بدول الخليج العربي، إضافة إلى ليبيـــا، الأردن، لبنـــان وتونس (أنظر الملحق المتعلق بترتيب الدول العربية).

ونلاحظ بالنسبة للبلدان المغاربية الثلاث، أنها تنتمي إلى فئة الدول ذات التنمية البشرية المتوسطة، كما أن انجازاتها في هذا المجال متفاوتة، بتفاوت النتائج المحققة في مكونات هذا الدليل. والجدول الموالي يوضح تطور هذا المؤشر في البلدان المغاربية، وترتيبها.

جدول رقم (26): تطور مؤشر دليل التنمية البشرية في البلدان المغاربية (تركيا والنرويج للمقارنة)

	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	الترتيب 2002	الترتيب 2003	الترتيب 2005
تونس	0,519	0,575	0,626	0,662	0,702	0,741	0,766	92	89	91
الجزائر	0,511	0,562	0,613	0,652	0,672	0,702	0,733	108	103	104
المغرب	0,435	0,483	0,519	0,551	0,581	0,613	0,646	125	124	126
تركيا	0,594	0,615	0,651	0,683	0,717	0,753	0,775	88	94	84
النرويج	0,870	0,889	0,900	0,913	0,938	0,958	0,968	01	01	02

المصدر: تم إعداد الجدول اعتمادا على المراجع التالية:

1) *PNUD, Rapport mondial sur le développement humain 2007- 2008, La lutte contre le changement climatique, un impératif de solidarité humaine dans un monde divise. Op, cit.*
2) *PNUD, Rapport mondial sur le développement humain, 2004.*
3) *PNUD, Rapport mondial sur le développement humain, 2005.*

2-5-1 تطور مؤشرات دليل التنمية البشرية في البلدان المغاربية :

على اعتبار أن دليل التنمية البشرية يتم صياغته، كما ذكرنا، بالاعتماد على المعايير الثلاثة السابقة الذكر (أمل الحياة، معدل التمدرس، متوسط دخل الفرد)، فإن التقرير الأخير لبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي (***PNUD***) لسنة 2007، يدرج تطور هذه المتغيرات الثلاثة في مختلف الدول، لمحاولة الوقوف على قيمة دليل التنمية، ومن ثم ترتيب الدول المعنية. والجدول الموالي يبرز هذه المؤشرات لبلدان المغرب العربي في التقرير الأخير.

جدول رقم (27): مكونات دليل التنمية البشرية في البلدان المغاربية لسنة 2005

	دليل التنمية البشرية 2005	أمل الحياة بالسنوات 2005	محو الأمية للبالغين: السكان 15 سنة فما فوق 1995-2005	النسبة الإجمالية للالتحاق بالمدارس الابتدائية الثانوي والعالي 2005	الناتج المحلي الإجمالي للفرد PPA	دليل متوسط العمر المتوقع	دليل التعليم	دليل الناتج الداخلي الخام
تونس	**0,766**	**73,5**	**74,3**	**76,3**	**8371**	**0,808**	**0,750**	**0,739**
الجزائر	**0,733**	**71,7**	**69,6**	**73,7**	**7062**	**0,778**	**0,711**	**0,711**
المغرب	**0,646**	**70,4**	**52,3**	**58,5**	**4555**	**0,757**	**0,544**	**0,637**
تركيا	**0,775**	**71,4**	**87,4**	**68,7**	**8407**	**0,773**	**0,812**	**0,740**
النرويج	**0,968**	**79,8**	**99,0**	**99,2**	**41420**	**0,913**	**0,991**	**1,00**

المصدر:

PNUD, Rapport mondial sur le développement humain 2007- 2008, La lutte contre le changement climatique, un impératif de solidarité humaine dans un monde divise. op, cit, pp 229,230, 231.

من الجدولين السابقين، نستخلص حجم المجهودات الكبيرة التي بذلتها البلدان المغاربية في محاولاتها لتحسين المؤشرات المعتمدة، ومنه تحسين ترتيبها العالمي، من خلال تجسيد سياسات اجتماعية هادفة. هذه النتائج التي تم تحقيقها بدرجات متفاوتة، تبرز أيضا التحديات الكبيرة التي ما زالت تنتظر هذه البلدان من أجل تحسين أكثر لهذه المؤشرات.

وتوضح المعطيات المذكورة أعلاه أن انجازات الدول المغاربية، على صعيد مؤشر أمل الحياة عند الولادة، كانت أفضل مما حققته على صعيد المؤشرين الآخرين. هذا الاستنتاج يدعمه التحسن المستمر في ميدان الرعاية الصحية، ومنه تطور أمل الحياة عند الولادة وباقي المؤشرات الصحية[1]. والشكل الموالي يوضح تطور هذا المؤشر بالسنوات.

شكل رقم (29): تطور مؤشر أمل الحياة عند الولادة في البلدان المغاربية



	1970 -1975	2002	2003	2004	2005
تونس	55,6	72,7	73,3	73,5	73,5
الجزائر	54,5	69,5	71,1	71,4	71,7
المغرب	52,9	68,5	69,7	70	70,4

المصدر:

1 *www.pogar.org/arabic/contries/chart.asp* : الموقع الالكتروني لبرنامج إدارة الحكم في الدول العربية

2 PNUD, Rapport mondial sur le développement humain 2007- 2008, La lutte contre le changement climatique, un impératif de solidarité humaine dans un monde divisé. op, cit, pp 262,263.

أما بالنسبة لمؤشر الدخل الفردي، فإن سعر صرف، معادل القوى الشرائية بين عملتي بلدين يخول لقيمة معينة من عملة البلد الأول، أن تشتري في البلد الثاني نفس حجم السلع والخدمات التي يمكن أن يشتريها في البلد الأول. هذه الطريقة تمكن من إجراء المقارنات بين مختلف الدول، بافتراض تساوي أسعار السلع والخدمات بين هذه البلدان، دون التأثر بأسعار الصرف السائدة في السوق، والتي تخضع إلى تقلبات ظرفية كبيرة[2]. وباستعمال هذه الطريقة نوضح التطور الذي حدث لهذا المؤشر في البلدان المغاربية، وفق الجدول الموالي.

(1) نظرا لتباين الإحصائيات المقدمة على مستوى الهيئات الوطنية المحلية، وتلك الواردة في تقارير التنمية، ومنظمة الصحة العالمية، ارتأينا الاعتماد على نفس المصدر للدول المعنية لتسهيل عملية المقارنة.

(2) أنظر التقرير الاقتصادي العربي الموحد، 2006، ص 21.

جدول رقم (28): تطور الناتج المحلي الإجمالي للفرد في البلدان المغاربية

		2002	2003	2004	2005	2006
تونس	الناتج المحلي الإجمالي للفرد معادل القوة الشرائية بالدولار الأمريكي	6760	7161	7768	8371	/
	متوسط نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي بالأسعار الجارية بالدولار	2366	2734	2945	2887	3101
الجزائر	الناتج المحلي الإجمالي للفرد معادل القوة الشرائية بالدولار الأمريكي	5760	6107	6603	7062	/
	متوسط نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي بالأسعار الجارية بالدولار	1810	2129	2631	3125	3499
المغرب	الناتج المحلي الإجمالي للفرد معادل القوة الشرائية بالدولار الأمريكي	3810	4004	4309	4555	/
	متوسط نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي بالأسعار الجارية بالدولار	1366	1655	1844	1897	2088

المصدر: 1 التقرير الاقتصادي العربي الموحد 2007 ، مرجع سبق ذكره ، ص 19

2 الموقع الالكتروني لبرنامج إدارة الحكم في الدول العربية www.pogar.org/arabic/contries/states.asp?cid=20

3 *PNUD, Rapport mondial sur le développement humain 2007- 2008, La lutte contre le changement climatique, un impératif de solidarité humaine dans un monde divise. op, cit, pages 278,279.*

وبمقارنة متوسط دخل الفرد، معادل القوة الشرائية بالدولار الأمريكي، في هذه البلدان المغاربية ذات التنمية البشرية المتوسطة، مع بعض الدول التي شملها تقرير برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، فإن هذا المتوسط قد بلغ على سبيل المثال في النرويج 41420 دولارا فرنسا 30386 دولارا، ألمانيا 29461 دولارا، الأرجنتين 14280 دولارا، البحرين 21482 دولارا، تركيا 8407 دولارا، نيجيريا 1128 دولارا(1).

أما على مستوى الدول العربية عموما، فإن متوسط نصيب الفرد من الدخل بالأسعار الجارية قد ارتفع من 2391 دولارا للفرد في سنة 2002، إلى 3622 دولارا في سنة 2005 ليصل في سنة 2006 إلى حوالي 4142 دولارا، أي بمعدل نمو بلغ 14,4%. وتفسير ذلك هو تحسن مستوى دخل الفرد في جميع الدول العربية، مع احتفاظ كل من قطر، الإمارات والكويت بأعلى المعدلات، حيث يبلغ متوسط نصيب الفرد من الدخل 62905 دولارا، 38984 دولارا، 33391 دولارا على التوالي في سنة 2006(2).

(1) ترتيب هذه الدول حسب دليل التنمية البشرية على التوالي هو : 2 ، 10 ، 22 ، 38 ، 41 ، 84 ، 158 .

(2) أنظر التقرير الاقتصادي العربي الموحد 2007 .

أما في مجال التعليم، وبالرغم من تراجع مستويات الأمية بشكل عام في البلدان العربية، إلا أنها تبقى مرتفعة، خصوصا لدى الإناث البالغات. مع الإشارة إلى التفاوت المسجل بين مختلف الدول في حجم الانجازات المحققة في مجال محاربة الأمية، وتقليص فجوة النوع الاجتماعي في مجال التعليم.

غير أن هذه الانجازات تخفي التفاوت الكبير، والتباين الواضح داخل الدولة الواحدة فيما يتعلق بمعدلات القيد بين سكان الريف والحضر، وبين الجنسين. تضاف إلى كل هذه الاختلالات المسجلة نقطة سلبية أخرى وهي مشكلة التوافق بين مستوى، ومؤهلات حاملي الشهادات من جهة، ومتطلبات سوق العمل المحلية من جهة أخرى.

إن مدى ملائمة نظم التعليم في المنطقة لطلبات سوق العمل، تبدو ضعيفة، مما يؤدي إلى مشكلات بطالة أو عمالة منخفضة الجودة. فالموجة العالمية للتغير الاقتصادي والتكنولوجي تتطلب من العاملين أكثر من مجرد المهارات الأساسية. فذلك النقص في الصلة بالواقع، يؤدي ضمنيا إلى تناقص قدرة الشباب على المشاركة في تنمية اقتصادهم، بقدر تناقص قدراتهم. وبالإضافة إلى ذلك، تؤدي محدودية فرص التدريب إلى تناقص سهولة التنقل المهني، ونقص القدرة على التكيف مع مقتضيات التغير في سوق العمل(1). والجدول الموالي يوضح مستويات الإنفاق على التعليم في البلدان المغاربية الثلاث.

جدول رقم (29): مستويات الإنفاق على التعليم في البلدان المغاربية

	الإنفاق العام على التعليم							
	% من الناتج القومي الإجمالي				% من الإنفاق العام الإجمالي			
	1970	1980	1990	1996 2004	1970	1980	1990	1996 2004
تونس	7,1	5,4	6,2	6,9 *	23,2	16,4	13,5	27,9 *
الجزائر	7,9	7,8	5,5	5,1	31,6	24,3	21,1	24
المغرب	3,5	6,1	5,5	6,0	16,6	18,5	26,1	18

* البيانات خاصة بسنة 2006.

المصدر: الجداول الإحصائية الواردة في التقرير الاقتصادي العربي الموحد 2007، مرجع سبق ذكره.

(1) البنك الدولي " الشباب – ثروة لم تنل قيمتها المستحقة – نحو أجندة جديدة في الشرق الأوسط وشمال إفريقيا ، التقدم والتحديات والطريق إلى الأمام". منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا ،إدارة التنمية المستدامة ،إدارة التنمية المستدامة سبتمبر 2007، ص 16.

يبرز هذا الجدول الصعوبات المالية التي مرت بها البلدان المغاربية، في فترات برامج التعديل الهيكلي، التي اعتمدتها لتصحيح الاختلالات الاقتصادية التي عرفتها. وهو ما انعكس سلبا على الاعتمادات المخصصة لهذا القطاع الحيوي (التعليم)، مع التفاوت المسجل في مخصصات كل دولة.

تتسم العلاقة بين التعليم والسكان بالتأثير المتبادل، فكلما انتشر التعليم، وأصبح في متناول عدد أكبر من أفراد المجتمع، تحسنت المؤشرات السكانية، وتطورت معها المؤشرات الاجتماعية والاقتصادية. وعندما تتحسن المؤشرات السكانية، وتتراجع معدلات النمو السكاني، يكون في الإمكان توسيع الخدمات التعليمية إلى أكبر عدد من أفراد المجتمع وتحسين نوعية التعليم، وبالتالي رفع نسبة المخرجات التعليمية.

إن إدراك دور التعليم في حياة أفراد المجتمع، وفي نهوض الشعوب وتطورها، يفرض على الدول النامية توجيه الاهتمام لتوفير الخدمات التعليمية، وتوسيعها، لتكون في متناول جميع شرائح المجتمع.

يعد الإنفاق على التعليم استثمارا تجني المجتمعات ثماره في المستقبل، من خلال نوعية الفرد الذي يتم إعداده. فالاستثمار في العنصر البشري، تعليمه، تدريبه، هو أفضل أنواع الاستثمار. ويحتاج التعليم شأن كل نشاط في المجتمعات الحديثة، إلى التمويل باعتباره أحد مدخلاته الرئيسية. ومن المسلم به أن المدخلات البشرية، المادية، والتنظيمية، والمناهج الدراسية، هي الجوهر الذي تقوم عليه العملية التعليمية بأكملها، وكذلك كفاءتها. وبدون التمويل يتعذر جمع، واستخدام تلك المدخلات لتحقيق أهداف النظام التعليمي.[1]

هذه البلدان استطاعت إلى حد كبير أن تقلص من فجوة التعليم بين الجنسين، بحيث أصبحت المساواة شبه كاملة خصوصا بالنسبة لكل من الجزائر و تونس.

غير أن التقرير السادس عن التعليم في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا[2]، يطرح إشكالية مجالات التكوين ونوعيته. حيث يشير إلى أن ثلثي الطلاب، في أكثر من نصف بلدان المنطقة، يتخرجون في مجالات العلوم الاجتماعية، والدراسات الإنسانية، عوض العلوم

---

(1) المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم، تقرير التنمية البشرية في الوطن العربي في مجالات التربية، الثقافة والعلوم ومحو الأمية خلال الفترة 1990 – 2003، مرجع سبق ذكره، ص 65.

(2) أنظر تقرير البنك العالمي، الطريق غير المسلوك، إصلاح التعليم في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، ملخص تنفيذي، 2007.

الأساسية والرياضيات. ونظرا لأن الابتكار، وتكييف التكنولوجيا، يلعب دورا متزايدا في عملية التنمية، فإن مدارس المنطقة تنتج مزيجا غير ملائم من القدرات البشرية، التي تستجيب لاحتياجات سوق العمل، والأهداف التنموية المرجوة.

ومن شأن الإصلاحات التي باشرتها هذه الدول، والرامية إلى النهوض بمستويات التعليم والتدريب، أن تدعم توافر المهارات اللازمة لدى العمالة، بما يتناسب مع اقتصاد عالمي سريع التغير. ومن المتوقع أن يحقق الاستثمار في التعليم نواتج إنمائية إيجابية، تقاس هذه النواتج بالنمو الاقتصادي، تحسن توزيع الدخل، وانخفاض أعداد الفقراء.

إن التغيرات الديموغرافية التي تعرفها بلدان المغرب العربي، والأصوات المنادية بضرورة إصلاح المنظومة التربوية، تستدعي تخصيص موارد إضافية. رغم أن معدل نمو النفقات على التعليم تجاوزت أحيانا مستوى ومعدل النمو الاقتصادي. وقد يحدث التعليم فرقا كبيرا في تركيبة، وخصوصيات المجتمع. فمن المتعارف عليه أن الاستثمار في تعليم النساء ونتائجه المستقبلية، يمكن أن يؤدي إلى انخفاض معدلات الخصوبة، وبالتالي إلى انخفاض أعداد الفقراء، ووفيات الأطفال. ويكون التأثير على النمو الاقتصادي ضعيفا عندما يكون مستوى التعليم منخفضا جدا، بحيث أنه لا يساهم في زيادة النمو والإنتاجية. يضاف إلى ذلك أن الاستثمار الأجنبي المباشر، ينجذب بالأساس نحو البلدان التي لديها نتائج تعليمية أفضل.

فالبلدان المغاربية تحتاج إلى إعادة تشكيل نظمها التعليمية، لمواجهة التحديات الاقتصادية، الديموغرافية، والمالية. ويمكن إبراز بعض المؤشرات المتعلقة بقطاع التعليم في البلدان المعنية من خلال معطيات الجدول الموالي.

جدول رقم (30): أهم مؤشرات التعليم في البلدان المغاربية

	معدل الأمية (%)											
	الفئة العمرية (15 سنة فما فوق)						الفئة العمرية (15– 24 سنة)					
	1990			2004			1990			2004		
	ذكور	إناث	إجمالي	ذكور	إناث	إجمالي	ذكور	إناث	إجمالي	ذكور	إناث	إجمالي
تونس	28	54	40,9	13,9	29,8	21,0	7,2	25,0	15,9	3,6	7,8	5,7
الجزائر	32	59,0	47,1	20,4	39,9	30,1	13,0	32,0	22,7	5,9	13,9	9,9
المغرب	47	75,0	61,3	34,3	60,4	47,7	32,0	58,0	44,7	19,2	39,5	29,5

المصدر: التقرير الاقتصادي العربي الموحد 2007، مرجع سبق ذكره.

أهم مؤشرات التعليم في البلدان المغاربية(تابع)

	معدل القيد الصافي في مراحل التعليم											
	المرحلة الأولى						المرحلة الثانوية					
	1990			2004			1990			2004		
	ذكور	إناث	إجمالي	ذكور	إناث	إجمالي	ذكور	إناث	إجمالي	ذكور	إناث	إجمالي
تونس	97,7	89,8	93,9	97,0	98,0	97,0	45,8	39,1	42,5	61	68	64
الجزائر	99,3	86,9	93,2	98,0	95,0	97,0	59,6	47,5	53,7	65,0	68,0	66,0
المغرب	66,5	46,6	56,8	89,0	83,0	86,0	غ م	غ م	غ م	38,0	33,0	36,0

المصدر: التقرير الاقتصادي العربي الموحد 2007، مرجع سبق ذكره.

لقد باشرت بلدان المغرب العربي استثماراتها، في رأس المال البشري، في وقت متأخر عن المناطق الأخرى، أي منذ الستينيات، بفعل الحقبة الاستعمارية. ورغم ذلك فقد اعتمدت هذه الدول عدة إجراءات، وبرامج من أجل التصدي لمشكلة الأمية، والتقليل من آثارها السلبية. وتقاس نسبة الأمية عادة بالنسبة لفئة السكان البالغين، الذين تجاوز عمرهم مرحلة التعليم الأساسي. و يوجد شبه إجماع على اعتبار العمر 15 سنة كحد أدنى لبدء قياس هذه الظاهرة. وتحسب نسبة الأمية بقسمة عدد السكان البالغين من العمر 15 سنة فما فوق (الذين لا يجيدون القراءة والكتابة، أو كلتيهما) على إجمالي السكان في هذه الفئة العمرية[1].

يكتسي موضوع التربية والتعليم حساسية خاصة، نظرا للدور الذي يلعبه في مجال تكوين الأجيال وإعدادها للمستقبل، وإذا كانت كل دول العالم المتقدم قد جسدت استراتيجياتها في هذا الميدان، فإن المتتبع للمنظومة التربوية في البلدان العربية عامة، والبلدان المغاربية خاصة يلمس الطابع التجريبي الذي يطبعها، والمفتقر لاستراتيجية واضحة مبنية على أساس الحاجيات المستقبلية لهذه الدول .

يشير التقرير الاقتصادي العربي الموحد لسنة 2007، إلى أن المتوسط العام العربي لمعدل الأمية قد بلغ 30,1% من السكان البالغين (15 سنة فما فوق)، و14,7% من فئة الشباب (15–24 سنة). وهوما يوضح أن معدل الأمية يتراجع بشكل بسيط، وبما لا يتماشى ومقتضيات التنمية الاقتصادية المستهدفة.

---

[1] المنظمة العربية للتربية و الثقافة و العلوم، تقرير التنمية البشرية في الوطن العربي في مجالات التربية، الثقافة والعلوم ومحو الأمية خلال الفترة 1990 – 2003، مرجع سبق ذكره ص 37.

إن معطيات الجدول أعلاه توضح أن حوالي نصف سكان المغرب أميون، خصوصا لدى النساء البالغات بمعدل بلغ 60,4% في سنة 2004. وهو ما يعجل بضرورة اتخاذ التدابير من قبل الحكومة المغربية، لرفع هذا التحدي، الذي له آثار سلبية في جوانب عديدة من حياة الأفراد، تشمل الحالة الصحية، النمو الديموغرافي، وغيرها.

وبالرغم من تحسن مؤشرات التمدرس، لا تزال نسبة الأمية في المغرب مقلقة، وتؤثر سلبيا على نظام الإنتاج الوطني. فالقطاعات الإنتاجية التي تشغل 52% من السكان النشطين تعاني من الأمية. وتصل نسبة الأمية إلى 76% لدى العمال في القطاع الفلاحي، 45% في القطاع الصناعي، و نسبة 31% في قطاع الخدمات[1].

وما تزال معدلات التسرب عالية في هذا البلد المغاربي، ففي عام 2007، لم يكمل تسعة ملايين شاب تتراوح أعمارهم بين 18-27 سنة في المغرب تعليمهم الأساسي. ويتوقع عام 2015 أن يرتفع عدد الأطفال والشباب (بين 6-15 سنة)، غير الملتحقين بالمدارس، إلى حدود 12 مليون. أغلب هؤلاء هم من الأطفال، والشباب الفقراء، أو الإناث الذين يعيشون في المناطق الريفية[2].

وثمة تحديات رئيسية أخرى تؤثر على القطاعات الاجتماعية في المغرب. فعلى سبيل المثال، على الرغم من ارتفاع الإنفاق العام على التعليم (6% من إجمالي الناتج المحلي)، إلا أن نوعية هذا الإنفاق، ونطاق تغطيته، لا يزالان ضعيفين بصورة ملحوظة. وبرغم تراجع معدلات الأمية ببطء، إلا أنها مازالت بصفة عامة مرتفعة للغاية. حيث تبلغ حوالي 42% في عام 2006، وهو ما يجعلها أحد أعلى المعدلات في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا. وبرغم ازدياد معدلات الالتحاق بالمدارس في الوقت الراهن، إلا أن هناك 2,5 مليون طفل لا يزالون غير ملتحقين، وأغلبهم من فتيات المناطق الريفية. كما تمثل جودة ونوعية التعليم إشكالية أخرى، بحيث يتسرب 16% من تلاميذ المدارس قبل بلوغهم الصف الخامس من الدراسة. تضاف إلى ذلك أن المهارات المكتسبة لا تتناسب، في أحيان كثيرة مع احتياجات سوق العمل.[3]

---

(1) المملكة المغربية، مقاربة النوع الاجتماعي، ملحق التقرير الاقتصادي و المالي 2006، أكتوبر 2005، ص 17.

(2) البنك الدولي" الشباب – ثروة لم تنل قيمتها المستحقة – نحو أجندة جديدة في الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، التقدم والتحديات والطريق إلى الأمام ". سبتمبر 2007، مرجع سبق ذكره، ص 13.

(3) www.worldbank.org الموقع الالكتروني للبنك العالمي بتاريخ 2009/04/23.

أما فيما يتعلق بمعدل القيد الصافي[1]، في مراحل التعليم الأساسي، فإن كلا من الجزائر وتونس قد قطعتا أشواطا معتبرة في هذا المجال، وذلك بتحقيقهما لمعدل 97%، مع تضييق فجوة التعليم بشكل ملحوظ بين الجنسين. وهو ما يضعهما في الطريق السليم من أجل تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية، الخاصة بشمولية التعليم، بحلول عام 2015. في حين أن النتائج التي تحققت في البلد الثالث، المغرب، تبدو متذبذبة، وغير كافية، مقارنة بما تم تحقيقه في كل من تونس والجزائر. على الرغم من تراجع معدل الأمية، تطور معدل القيد في التعليم الأساسي، وتقليص نسبي في الفجوة بين الجنسين.

إن ظاهرة الفقر التي تعاني منها فئات معينة من السكان، تعتبر من الأسباب الرئيسية وراء انخفاض مستوى التعليم، والالتحاق بمقاعد الدراسة. وتعتبر الإناث هن الأكثر تضررا في مثل هذه الحالات. فالأسر الفقيرة، وبالنظر لمحدودية الدخل، وعدم القدرة على تحمل تكاليف التمدرس المرتفعة، بفعل سياسة الأسعار التي أصبحت معتمدة على الأدوات المدرسية، والتي تسببت في ضعف وتراجع القدرة الشرائية. كل هذه المعطيات وغيرها قد تفرض على هذه الأسر تفضيل تعليم البنين، والتضحية بتعليم الإناث. خصوصا إذا أضيفت إلى هذه الأسباب مشكلة بعد المدارس عن أماكن الإقامة.

تضاف إلى كل ذلك مشكلة الهدر المدرسي، ونتائجه السلبية على الأفراد والمجتمعات. ومن النتائج الآنية والمستقبلية لهذه الظاهرة، هي انتشار الأمية، تفاقم البطالة والآفات الاجتماعية، هدر للطاقات والموارد المالية للدولة. وكمحصلة لذلك التأثير على القدرات الاقتصادية للمجتمع. هذه الإشكالية تقتضي اهتماما خاصا، وذلك بمحاولة فهم، وإبراز أبعاد هذا المشكل وأسبابه الرئيسية ونتائجه، الشيء الذي سيمكن فيما بعد من إيجاد الحلول المناسبة.

فمتطلبات التنمية الاقتصادية والاجتماعية الشاملة، والمنافسة الاقتصادية، في ظل سياسات الانفتاح المنتهجة، تحتم على السلطات العمومية، وكذا المجتمع المدني، التعبئة الكاملة من أجل تعميم مستويات التمدرس، ومحاولة التحكم في ظاهرة الهدر المدرسي والعمل على تجسيد مبدأ التكافؤ بين الجنسين. مع ضرورة إدماج مقاربة النوع الاجتماعي عند وضع السياسات والبرامج التعليمية، وتطوير مؤشراتها.

---

[1] معدل القيد الصافي: يعرف بأنه عدد الطلبة المقيدين في أحد مستويات التعليم في سن التعليم المدرسي لتلك المرحلة.

2-5-2 ظروف السكن (المياه المحسنة والصرف الصحي):

بالرغم من أن التخطيط المتوازن كان هدفا دائما لسياسات التنمية المختلفة، وإستراتيجية هامة لتحقيق التنمية الوطنية الشاملة، والتكامل المنشود بين المناطق المختلفة. إلا أن كبر حجم التنمية وشمولها، من جهة، وقصر الفترة الزمنية التي حدثت خلالها من جهة أخرى كان من الطبيعي أن تتفاوت درجة الاستفادة من ثمارها، والتي يمكن ملاحظتها من خلال تحسن ظروف، ومستوى معيشة السكان، والفرص الاقتصادية والاجتماعية المتاحة بين مختلف المناطق. وكان من نتاج ذلك ظهور تفاوت بين منطقة وأخرى في مستوى توفر الاحتياجات الأساسية، فرص التوظيف، والخدمات العامة. مما أدى إلى هجرة داخلية بمعدلات عالية خاصة من المناطق الريفية إلى المراكز الحضرية.

وتعد الهجرة الداخلية من أهم مصادر التغير السكاني، من حيث حجمهم، وتوزيعهم بين المناطق والأقاليم المختلفة. كذلك تؤثر الهجرة في خصائص السكان الديموغرافية الاقتصادية الاجتماعية والثقافية. حيث يعد التغير في التركيب العمري، النوعي، والتعليمي للسكان، من النتائج الهامة والمباشرة للهجرة الداخلية في الدولة الواحدة. ولقد أدى النزوح من الأرياف إلى المدن سعيا للحصول على فرص عمل، وتحسين مستوى المعيشة إلى خلق ضغط مستمر على المرافق العامة، مع انتشار الوحدات السكنية الفوضوية خصوصا في محيط المدن. كل ذلك في ظل غياب استراتيجية واضحة لمواجهة متطلبات هذه الهجرة الداخلية، والاستجابة للطلب المتزايد على مختلف الخدمات.

مسألة السكن لها دورها وتأثير في حياة الفرد وشخصيته، وفق المواصفات النظامية والصحية، اجتماعيا، نفسيا، وصحيا. فالسكن المخالف والعشوائي الذي يحيط بالمدن، لا يستطيع الفرد فيه الحصول على مواصفات صحية جيدة. ظروف السكن المتردية (من حيث عدد الغرف، وعدد الأفراد في كل غرفة) قد تكون لها آثار سلبية من الناحية التربوية. فضيق مساحة السكن المخصص للأسرة قد ينعكس سلبا على مستويات التحصيل، في ظل ضعف أساليب التوجيه السليم. وقد تكون ظروف الدراسة صعبة أيضا، إذا تواجد داخل نفس الأسرة طلابا، وتلاميذ من مختلف مراحل التعليم.

إن أحد المقومات الأساسية لحياة الإنسان هو الماء. ومع ذلك فإن هذا العنصر الجوهري للبقاء على قيد الحياة، يمكن أن تكون له آثار ضارة عليها، إن لم يكن مصدره

خاليا من التلوث والعدوى، نتيجة نقص مرافق الصرف الصحي الأساسية، والافتقار إلى النظافة الشخصية. إن صغار الأطفال هم أكثر عرضة، مقارنة بأية فئة أخرى، للتأثيرات المرضية الناجمة عن تناول مياه الشرب غير المأمونة، أو تناول كميات غير كافية، وكذا ضعف مستوى المرافق الصحية المتوفرة.

وحسب تقرير منظمة اليونيسيف[1]، يتوفى (10,5) مليون طفل دون سِن الخامسة سنويا على الصعيد العالمي، ومعظم هذه الوفيات يقع في الدول الآخذة في النمو. كما أن الافتقار إلى مياه الشرب المأمونة، ومرافق الصرف الصحي المناسبة، وسبل النظافة الشخصية الملائمة، والبيئة الصحية الجيدة، تساهم إلى حد كبير في حدوث الأمراض القاتلة خصوصا بالنسبة لفئة الأطفال دون سن الخامسة، بما في ذلك الأمراض الناجمة عن الإسهال، وذات الرئة (الالتهاب الرئوي) وحالات نقص الوزن التي تصيب الأطفال حديثي الولادة، وغيرها من الأمراض التي تبقى تميز الخريطة الصحية للبلدان النامية، والتي يمكن تجاوزها والتقليل من أثارها بأقل تكلفة مالية، والتركيز أكثر على البرامج الوقائية.

وتظل الأمراض المرتبطة بالمياه والصرف الصحي، والتي يمكن الوقاية منها، إحدى أهم المشكلات المتعلقة بصحة الأطفال في أرجاء العالم. وتعتبر الأمراض الناجمة عن الإسهال من بين أخطر هذه الأمراض، إذ تفتك وحدها بحوالي (1,8) مليون طفل كل عام. ويتعرض الأطفال في الدول الآخذة في النمو، في المتوسط، إلى أربع أو خمس نوبات إسهال في العام. ويمكن لحالات الإسهال، حتى عندما لا تتسبب في الوفاة، أن تضعف النمو الجسدي والعقلي المتوازن للأطفال.

ويضيف نفس التقرير أنه على الصعيد العالمي، هناك أكثر من 125 مليون طفل، دون سن الخامسة، يعيشون في أسر لا تتوافر لهم إمكانية الوصول إلى مصادر مياه الشرب المحسنة، وأكثر من 280 مليون طفل دون سن الخامسة يقيمون في أسر لا تمتلك فرصة الوصول إلى مرافق الصرف الصحي المحسنة. وهذا يعني أن الهدف السابع من أهداف التنمية للألفية (ضمان الاستدامة البيئية)، وما يرتبط به من غايات يسعى العالم إلى تحقيقها بحلول عام 2015، وهي: خفض نسبة السكان الذين لا تتوافر لهم فرصة مستدامة للحصول

(1) لمزيد من لمعلومات ، انظر تقرير منظمة اليونيسف، التقدم من أجل الأطفال، تقرير دوري عن المياه والصرف الصحي، العدد 5، سبتمبر/ أيلول 2006.

على مياه الشرب المأمونة، ومرافق الصرف الصحي الأساسية، تعتبر كلها غايات ملائمة وحيوية للأطفال.

وحسب تقرير اليونيسف دائما، فإن منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا اعتبرت من المناطق التي قطعت أشواطا مهمة نحو تحقيق أهداف الألفية في هذا المجال. ففي مجال توفير المياه الآمنة، يشير التقرير الدوري من خلال تقييم التقدم المحرز،أن أربعة مناطق آخذة في النمو هي: شرق آسيا ومنطقة المحيط الهادي، الشرق الأوسط وشمال إفريقيـــا جنوب آسيا وأمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي، تتقدم في الاتجاه الصحيح نحو بلوغ هدف التنمية للألفية. ولكن معدلات التقدم الحالية، في منطقتي إفريقيا جنوب الصحراء، ووسط وشرق أوروبا/ رابطة الدول المستقلة، تجعل هاتين المنطقتين بعيدتين عن بلوغ تلك الغايات.

أما في مجال الصرف الصحي ، فهناك ثلاث مناطق تتقدم في الاتجاه الصحيح نحو تحقيق هدف الألفية: أمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي، وشرق آسيا ومنطقة المحيط الهادي والشرق الأوسط وشمال إفريقيا. غير أن درجة، ومستوى الإنجازات، تختلف بين دول كل منطقة وداخل نفس الدولة. ومع أن أكثر من نصف الدول في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، التي تتوافر عنها البيانات الإحصائية، تسير في الاتجاه الصحيح نحو تحقيق الهدف المتعلق بمياه الشرب الآمنة، إلا أن نسبة التقدم في المنطقة ككل كانت بسيطة. فقد انتقلت نسبة الوصول إلى مصادر مياه الشرب المحسنة من 86% عام 1990 إلى 88% عام 2004. ولاعتبارات ديموغرافية، ازداد عدد السكان الذين لا تتوافر لهم هذه الإمكانية من 39 مليون إلى 44 مليون من سكان المنطقة في نفس الفترة. مع الإشارة إلى أن 34 مليون من هؤلاء السكان يعيشون في المناطق الريفية.

أما في مجال التغطية بالصرف الصحي، فقد حققت دول المنطقة تقدما أكبر، ولكنه بسيط. حيث ارتفعت التغطية من 68% عام 1990 إلى 74% عام 2004. وهو ما سمح بتوفير فرصة الوصول إلى مرافق الصرف الصحي لعدد إضافي بلغ 84 مليونا من السكان ومعها إمكانية بلوغ هدف الألفية في هذا المجال، والمحددة بنسبة 84%.

وتجدر الإشارة إلى أن عدد سكان المنطقة، الذين لم تتح لهم فرصة الوصول إلى هذا النوع من المرافق، قد ازداد على مدار الفترة المعنية، حيث ارتفع العدد من 88 مليون عام 1990 إلى 96 مليون من سكان المنطقة في سنة 2004.

الملاحظة الأخرى التي يمكن إبرازها، هو التقدم البطيء، نسبيا، في مجال الصرف الصحي مقارنة بما تم انجازه على صعيد المياه المأمونة، وهو ما يستدعي ضرورة تسريع وتيرة التقدم، على اعتبار أن لخدمات الصرف الصحي أهمية كبيرة في تحسين النتائج الصحية، والمحافظة على المكاسب التي تحققت في القطاعات الأخرى. إضافة إلى أن تغيير السلوك الصحي يعتبر عاملا مهما وحاسما في تحسين الوضع الصحي، وتحسين مؤشرات وفيات الأطفال.

ومع أن المياه المأمونة والصرف الصحي الملائم هما عنصران حيويان في حد ذاتهما إلا أنهما يعتبران أساسيان أيضا في مجال خفض معدلات وفيات الأطفال والأمهات (الهدفان الرابع والخامس من أهداف التنمية للألفية)، ومكافحة الأمراض (الهدف السادس). وهما أيضا عاملان مهمان لخفض مستوى نقص التغذية لدى الأطفال (الهدف الأول)، وتحقيق هدف تعميم التعليم الابتدائي خاصة.

بالنسبة لبلدان المغرب العربي، وعلى الرغم من النتائج المشجعة التي تم تحقيقها، والتي تبين أنها في طريقها نحو تحقيق الهدف الإنمائي للألفية، في مجال توفير مياه الشرب الآمنة وكذا خدمات الصرف الصحي الملائم لسكانها، فإن معطيات الجدول الموالي تبرز التفاوت في حجم النتائج المحرزة فيما بين البلدان المغاربية، أو داخل الدولة الواحدة بين المناطق الحضرية والريفية.

جدول رقم (31): مؤشرات الحصول على المياه المأمونة والصرف الصحي الملائم في البلدان المغاربية

	سكـــان الحضر و الريف						الكثافة السكانية (فرد / كلم2)		النسبة من السكان الذين يحصلون على مياه شرب صالحة						النسبة من السكان الذين يحصلون على صرف صحي ملائم					
	1975		2005		2015				1990			2006			1990			2006		
	حضر	ريف	حضر	ريف	حضر	ريف	1970	2006	حضر	ريف	إجمالي	حضر	ريف	إجمالي	حضر	ريف	إجمالي	حضر	ريف	إجمالي
تونس	49,9	50,1	65,3	34,7	69,1	30,9	33	65	95	62	81	99	84	94	95	47	75	96	64	85
الجزائر	40,3	59,7	63,3	36,7	69,3	30,7	06	14	99	89	94	87	81	85	99	77	88	98	87	94
المغرب	37,8	62,2	58,7	41,3	65	35	34	44	94	58	75	100	58	83	87	27	56	85	54	72

المصدر: تم إعداد الجدول بالاعتماد على المصادر التالية:

1 – التقرير الاقتصادي العربي الموحد 2007، مرجع سبق ذكره.

2 – اليونيسف ، التقدم من أجل الأطفال ، تقرير دوري عن المياه و الصرف الصحي ، العدد 5 ، سبتمبر/ أيلول 2006 ، مرجع سبق ذكره ، ص 34

3 - PNUD, Rapport mondial sur le développement humain 2007- 2008, La lutte contre le changement climatique, un impératif de solidarité humaine dans un monde divisé. op, cit, pp 244, 245.

4 - UNICEF, La situation des enfants dans le monde 2009, La santé maternelle et néonatale.op. cit.

البيانات الواردة في الجدول توضح أن المغرب، مقارنة بتونس والجزائر، يسجل تأخرا ملحوظا في هذين المؤشرين بشكل عام. هذا التأخر يبرز جليا بين السكان الحضر، وسكان الريف. بحيث لا يستفيد قرابة نصف سكان الأرياف في المغرب من مياه شرب آمنة، أو صرف صحي ملائم. فحسب إحصائيات 2006، نلاحظ أن السكان الحضر يستفيدون من مصادر مياه الشرب المحسنة بنسبة 100%، مقابل 58% فقط بالنسبة لسكان المناطق الريفية.

ونفس التباين يبرز في درجة الاستفادة من مرافق الصرف الصحي. ففي الوقت الذي يستفيد 85% من السكان الحضر من هذه الإمكانية، فإن هذه النسبة لا تتعدى 54% لسكان المناطق الريفية في المغرب دائما.

بالنسبة للجزائر وتونس، ورغم التفاوت المسجل بين المناطق الحضرية والريفية، إلا أنه ليس بالحدة المسجلة في المغرب، وذلك من خلال تقارب نسب الاستفادة. كما تسجل تونس تفاوتا بين السكان الحضر، وسكان المناطق الريفية، في إمكانية الاستفادة من مرافق الصرف الصحي الملائم، حيث تم تسجيل نسبتي 96%، 64% في الوسطين على التوالي مثلما يبرز ذلك الجدول لأعلاه. في حين أن التباين في الجزائر يبدو بسيطا إلى حد ما في مجال استخدام مرافق الصرف الصحي. بحيث بلغت النسبة 98% لسكان المناطق الحضرية مقابل 87% لسكان المناطق الريفية في سنة 2006.

على ضوء ما ذكرناه، فعلى الدول المغاربية أن توسع إمكانيات وصول السكان لخدمات المياه المأمونة والصرف الصحي الملائم، في المناطق الحضرية، والريفية على حد سواء وذلك بتحسين إدارة الموارد وتوزيعها. بما يعزز صحة السكان، وتوفير سبل المعيشة المستدامة لهم. هذه الإجراءات من شأنها تدعيم الجهود التي تبذل من قبل هذه الدول في سبيل تحسين المؤشرات الصحية لأفرادها، والعمل على جعلها أكثر إيجابية.

وتبدو الحاجة ماسة إلى وجود بيانات عامة، ومفصلة، ومقارنتها على المستوى الوطني والمحلي، لمعرفة الفجوات المسجلة في السياسات الاجتماعية. ويتأتى ذلك من خلال تطوير البرامج الرامية لتحسين أساليب جمع البيانات، وتزويد متخذي القرار بمختلف المعلومات الكفيلة بتوجيه السياسات العامة، في المجال الاجتماعي، نحو الفئات والمناطق التي تعاني من ضعف تلك المؤشرات.

خلاصة الفصل الثاني:

شملت سياسات التثبيت والتكييف الاقتصادي المعتمدة من قبل البلدان المغاربية مختلف أوجه السياسة الاقتصادية الكلية، في المجال المالي، النقدي، التجاري. تجسدت في جملة من الإجراءات الرامية إلى تحقيق التوازنات الاقتصادية الكبرى، من خلال تخفيض العجز العام في الميزانية، سياسة نقدية حذرة، تراجع مستويات التضخم، تفعيل دور القطاع الخاص كشريك فاعل في دفع عجلة التنمية، وتحقيق مستويات نمو قابلة للاستمرار.

غير أن النتائج المحققة على المستوى الاقتصادي لم تتم ترجمتها إلى مكاسب في مجال التنمية البشرية بشكل متجانس، وعادل. فتحقيق التنمية المستدامة، وزيادة فرص العمل وتحسين أداء القطاع الاجتماعي، يتوقف على إيجاد مزيج وتسلسل ملائم للسياسات التي تستوجب إدراج البعدين الاقتصادي والاجتماعي.

إن السياسة الاقتصادية لا بد وأن تأخذ بعين الاعتبار البعد الاجتماعي في عملية التنمية لذلك فإن اقتصاد السوق الذي يجب أن تسعى إليه البلدان المغاربية هو اقتصاد سوق ذو بعد اجتماعي، أي الاقتصاد الذي يربط بين النمو والتنمية الاجتماعية بالمفهوم الواسع. لهذا فإن اقتصاد السوق الاجتماعي هو الوحيد القادر على إعادة دفع عجلة الاقتصاد عبر تحفيز الطلب الاستثماري والاستهلاكي، تخفيض مستويات البطالة، وتحقيق عدالة في توزيع الدخل بالشكل الذي يساهم في تقليص الفوارق الاجتماعية ومظاهر الفقر والتهميش.

وتحقيق هذه الأهداف الاجتماعية المتشعبة يستوجب الحضور القوي للدولة من خلال دورها المحرك والمنظم لتحقيق أهداف السياسة الاقتصادية، وتوفير المناخ الاستثماري الملائم وتعزيز دور القطاع الخاص كشريك فاعل في عملية التنمية الشاملة والمستدامة.

وقد حققت البلدان المغاربية الثلاث، وبدرجات متفاوتة، تحسنا ملحوظا في مستوى الأوضاع الصحية لمواطنيها، ويتجلى ذلك في ارتفاع مؤشر أمل الحياة عند الولادة، انخفاض معدل وفيات الرضع، والأطفال أقل من خمس سنوات. إضافة إلى ذلك فقد سعت هذه البلدان إلى تطبيق سياسات سكانية فعالة أسهمت في إحداث خفض كبير في معدلات الخصوبة الكلية. وقد أدت التحسينات المتزامنة في قدرة الفتيات على الالتحاق بالتعليم، ومشاركة المرأة في قوة العمل، في تخفيض حجم الأسرة الواحدة. وتواجه بلدان هذه المنطقة في الوقت

الراهن ازديادا سريعا في أعداد الشباب، والتي تمثل فرصة وتحديا، في آن واحد، أمام تحقيق النمو الاقتصادي والاجتماعي المرغوب.

ولا شك أن الموارد البشرية، مهما بلغ حجمها، إذا كانت تتمتع بمستوى تعليمي عال وصحة جيدة، فان ذلك سيحسن من إنتاجيتها، وأداءها الاقتصادي، إن استطاعت إيجاد فرصة عمل. كما أن تحسين المؤشرات الصحية العامة، تساهم بشكل فعال في تعجيل التحول الديموغرافي، واقتناص الفرصة الديموغرافية المتاحة أمام هذه البلدان المغاربية.

وفي ظل التحولات التي يعرفها الاقتصاد العالمي في السنوات الأخيرة، تبرز الحاجة أكثر فأكثر لتجسيد مفهوم التكتلات الجهوية، بالنظر لدورها الكبير والمتنامي في تجسيد فرص التعاون الممكنة، وتدعيم القدرات التفاوضية. من أجل إعادة التموقع في الاقتصاد العالمي، وتحقيق مستويات نمو إيجابية قابلة للاستمرار.

وبالرغم من مرور حوالي 20 سنة على تأسيس اتحاد المغرب العربي رسميا في سنة 1989، لم تتمكن دول الاتحاد، نتيجة مجموعة من العوائق متعددة الأسباب، من النهوض بأهداف التأسيس. ويبدو، مع مرور الوقت، أنه من الملح أكثر فأكثر تفعيل هذا التكتل من أجل أن تكون الدول الأعضاء، قادرة على مواجهة التحديات التي تطرحها الحركية والتحولات التي يعرفها الاقتصاد العالمي.

إن عوامل إنجاح الوحدة المغاربية، تبدو أوضح وأقل كلفة من حالة اللامغرب. فعدد سكان المغرب العربي تجاوز الآن أكثر من 80 مليون نسمة، مع وجود العديد من القواسم المشتركة، مع كفاءات بشرية عالية، وبروز قطاع خاص كشريك فعال في دفع عجلة التنمية وفرة الطاقة، والقرب الجغرافي من الاتحاد الأوربي، والذي بادرت البلدان المغاربية إلى إبرام اتفاقيات للتبادل الحر. وهي كلها عوامل من شأنها أن تؤدي إلى بروز فضاء اقتصادي مندمج. علما أن المنطقة تمتلك إمكانيات كبيرة للتكامل الاقتصادي يجعل ارتباطها بباقي العالم، خاصة في المواد الحيوية كالطاقة، والمنتجات الفلاحية، أقل مما هو عليه حاليا. حيث تتنافس كل دولة، بمعزل عن باقي بلدان المنطقة، على اقتسام نفس الشركاء الاقتصاديين على رأسهم دول الاتحاد الأوربي.

الفصل الثالث
المؤشرات الصحية، وعرض العلاج
في البلدان المغاربية

تمهيــد:

إن الأسئلة المتعلقة بمحاربة مشكلة الفقر، تقليل مظاهر اللامساواة في الحصول على الرعاية الصحية، ورفاهية الأفراد، هي انشغالات تتقاسمها عديد الدول. هذا الانشغال تدعمه المنظمة العالمية للصحة، التي تؤكد في مختلف تقاريرها السنوية، والقطرية، على أن التحدي الأساسي الذي يجب مواجهته، لتحسين أداء المؤشرات، والمنظومات الصحية الوطنية هو السعي الدائم لتخفيض الأعباء الناجمة عن معدل الوفيات، خصوصا لدى الأمهات، والأطفال أقل من خمس سنوات.

وقد سعت المنظمات الدولية إلى تطوير عدد من هذه المؤشرات، لأخذ فكرة على الحالة الصحية للسكان في مختلف الدول، وإجراء المقارنات اللازمة لاستخلاص النتائج المحققة والوقوف على السلبيات التي يتوجب مواجهتها. ومن بين هذه المؤشرات نذكر:

- **معدل وفيات الرضع:** وهو عدد الوفيات سنويا من الرضع الذين تقل أعمارهم عن سنة لكل ألف طفل يولدون أحياء. هذا المعدل يعبر عن احتمال الوفاة خلال الفترة المحصورة بين الولادة و اكتمال السنة الأولى من العمر مضروبا في ألف.
- **معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة:** وهو متوسط العدد السنوي لوفيات الأطفال دون سن الخامسة لكل ألف يولدون أحياء خلال السنوات الخمس السابقة. هذا المعدل يعبر عن احتمال الوفاة، خلال الفترة المحصورة بين الولادة و اكتمال السنة الخامسة من العم بالضبط مضروبا في ألف. هذا المعدل تعتبره منظمة اليونيسيف من أهم المؤشرات التي تعكس الحالة الصحية لأي دولة.
- **أمل الحياة عند الولادة:** وهو عدد السنوات التي من المتوقع أن يحياها الطفل حديث الولادة، في حالة استمرار أنماط الوفاة السائدة وقت ولادته على ما هي عليه طوال حياته.
- **نسبة الإنفاق الصحي:** وهو الإنفاق على المستشفيات، المراكز الصحية، العيادات وبرامج تنظيم الأسرة. أي إجمالي هذه النفقات إلى إجمالي الإنفاق الحكومي، أو الناتج الداخلي الخام.
- **الحصول على الخدمات الصحية:** ويقاس من خلال نسبة السكان الذين بإمكانهم الحصول على الخدمات الصحية المحلية الملائمة سيرا على الأقدام، أو باستخدام وسائل الانتقال المحلية بما لا يزيد عن ساعة.

وبالإضافة إلى هذه المؤشرات، هناك أيضا بعض المتغيرات ذات التأثير على الحالة الصحية

أهمها مستويات تعليم المرأة، وحالة توزيع الدخل.

ومجمل القول فإن هذه الدول المغاربية الثلاث، ورغم النقائص المسجلة في مجال التغطية الصحية، فإنها حققت في المقابل نتائج مشجعة في محاولاتها الجادة لضمان وتوفير الخدمات الصحية لمجمل السكان، من خلال تحسين المؤشرات الصحية، والتي سنتطرق إليها في العناصر الموالية.

3-1 مؤشرات الحالة الصحية في بلدان المغرب العربي:

لقد حققت هذه البلدان، على مدى العقود الثلاثة الأخيرة، نتائج مشجعة، وتحسنا كبيرا في الأوضاع الصحية لسكانها. فانخفضت معدلات وفيات المواليد، وفيات الأطفال دون سن الخامسة، مع ارتفاع مؤشر أمل الحياة عند الولادة، وتحسن مستمر في مستويات، ونوعية الخدمات الصحية المقدمة.

وعلى الرغم من هذه الإنجازات، والتحسينات بشكل عام في الوضع الصحي، فإن البلدان المغاربية الثلاث وبدرجات متفاوتة، تواجه جملة من التحديات، والعقبات في ضمان خدمات صحية لسكانها، بما يحقق الكفاءة والعدالة في توزيعها. وبمعنى آخر تحقيق و تجسيد العلاقة بين الكلفة و الفعالية.

وبالنظر إلى هذه السلبيات المسجلة، فقد سارعت هذه الدول إلى تبني إصلاحات في المجال الصحي، مع اختلاف في الرؤية، الوسائل المعتمدة، والموارد المالية المخصصة. كل ذلك بهدف تحسين أكثر للمؤشرات الصحية من خلال تكثيف الجهود وتحسين طرق وآليات التسيير، الرشادة في توظيف الموارد المالية المتاحة. والعمل أيضا على التخفيف من الآثار السلبية لبرامج الإصلاحات الاقتصادية التي باشرتها هذه البلدان، سعيا منها لتحقيق التوازنات الاقتصادية الكبرى.

إن التغيرات الديموغرافية التي عرفتها المنطقة، وتغير الأعباء المرضية، تشكل ضغوطا متزايدة على المنظومات الصحية. بمعنى آخر، فإن خريطة المرض في هذه الدول قد تغيرت مع تغير التركيبة العمرية للسكان، وتزايد عدد السكان الحضر، وما يرافق ذلك من ضغوطات على مختلف الوحدات الصحية من حيث التكفل الجيد، والقدرات الاستيعابية.

والملفت للانتباه، هو انخفاض معدلات الإصابة بالأمراض المعدية، مع ارتفاع الإصابات بالأمراض غير المعدية (ضغط الدم، السرطان، السكري...) والمتعلقة كما قلنا بالتركيبة العمرية للسكان، والناجمة عن انخفاض مؤشر الخصوبة، وارتفاع مؤشر أمل الحياة عند

الولادة. يضاف إلى ذلك ارتفاع الوفيات الناجمة عن حوادث الطرقات، خصوصا فيما بين الفئات المنتجة اقتصاديا. وفيما يلي توضيح للتطور الحاصل في بعض المؤشرات الصحية في البلدان المغاربية، موضوع الدراسة.

3-1-1 معدل الزيادة الطبيعية:

يمثل معدل الوفيات بشكل عام، العنصر السلبي في الحركية الديموغرافية لأي مجتمع ومستويات هذا المعدل تدل على حجم المجهودات المبذولة في مجال توفير المنشآت الصحية نوعية الخدمات العلاجية والوقائية المقدمة، درجة الوصول، والحصول عليها بين مختلف الفئات. إضافة إلى مستويات التغذية، الصرف الصحي، والمياه المأمونة.

ويمثل معدل الزيادة الطبيعية الفرق بين معدلي المواليد والوفيات الخام في المجتمع، بحيث يعطي هذا المؤشر صورة واضحة عن مدى سرعة نمو السكان، أخذا بعين الاعتبار تطور هذين المؤشرين.

وقد أدى التراجع المسجل في معدلات المواليد، في هذه البلدان، من جهة، وانخفاض معدل الوفيات من جهة أخرى، إلى انخفاض معدلات الزيادة الطبيعية. هذا الانخفاض يمكن تفسيره أيضا بتغير السلوك الإنجابي لدى الأسر المغاربية، بحيث انخفض معدل المواليد الخام بنسبة كبيرة مقارنة بمعدل الوفيات الخام. ويمكن إبراز ذلك من خلال الجدول التالي.

جدول رقم (32): اتجاهات معدلات الزيادة الطبيعية في البلدان المغاربية

	معدل المواليد الخام ‰			معدل الوفيات الخام ‰			معدل الزيادة الطبيعية %			
	1995	2000	2007	1995	2000	2007	1995	2000	2005	2005-2015
تونس	20,8	17,1	17,0	5,8	5,6	6,0	1,5	1,14	1,12	01
الجزائر	25,33	19,36	21,0	6,43	4,59	5,0	1,89	1,48	1,69	1,5
المغرب	23,9	21,9	20,0	6,6	5,9	6,0	1,7	1,6	1,5	1,2

المصدر: تم إعداد الجدول اعتمادا على المراجع التالية:

1 / *Institut National de la Statistique- Tunisie ; www.ins.nat.tn.*
2 / *Office National de la Statistique- Algérie ; www.ons.dz.*
3 / *Royaume du Maroc, Ministère de la santé, santé en chiffres 2006, op.cit, p 13*
4 / *PNUD, Rapport mondial sur le développement humain 2007- 2008, op.cit, pp 244.245.*
5 / *UNICEF, La situation des enfants dans le monde 2009 ; La santé maternelle et néonatale, op.cit, pp 138.139.141.*

يعد معدل الوفيات الخام، والذي يعبر عن عدد الوفيات المسجل خلال السنة، لكل 1000 من السكان، من أهم المؤشرات للوقوف على إنجازات الدول، واهتمامها بدعم، وتوفير الرعاية الصحية المتكاملة لأفرادها، ومدى انتشار التوعية الصحية.

وقد عرفت معدلات الزيادة الطبيعية للسكان في البلدان المغاربية المذكورة، انخفاضا ملحوظا في السنوات الأخيرة، بفضل تبنيها لسياسات تهدف إلى خفض معدلات النمو السكاني، والعمل على تنفيذ برامج فعالة في مجال تنظيم الأسرة، ونشر الوعي الصحي بين مختلف الفئات الاجتماعية، بما يسمح بالتوفيق بين الموارد المالية المتاحة، من جهة واحتياجات الأفراد من جهة أخرى، سعيا منها لتحقيق الأهداف التنموية المسطرة، وتحسين المؤشرات الاقتصادية الاجتماعية، والصحية.

وبعد أن عرفت الجزائر تسارعا في معدل نمو سكانها منذ الاستقلال، سجل هذا المؤشر تراجعا محسوسا، ليصل إلى مستويات منخفضة في السنوات الأخيرة. وهو ما يعكس حجم المجهودات المبذولة والسياسات المنتهجة في المجال الاجتماعي عامة، والمجال الصحي خاصة، ساهمت إلى حد كبير في تحسين المؤشرات الديموغرافية.

وتشير الإحصائيات في هذا الصدد إلى انتقال معدل النمو الديموغرافي من 2,5% في سنة 1990 إلى حدود 1,48% في سنة 2000، ليعاود الارتفاع بعد ذلك ليصل في سنة 2006 إلى حدود 1,78%. مع الإشارة إلى أن الارتفاع المسجل في عدد المواليد، بداية من سنة 2000، يرتبط بتغير التركيبة العمرية للسكان، ووصول جيل الثمانينيات بأعداد متزايدة إلى سن الزواج[1]. ويمكن توضيح هذا الاتجاه في معدل الزيادة الطبيعية من خلال معطيات الجدول الموالي.

جدول رقم(33): تطور معدل الزيادة الطبيعية للسكان في الجزائر 2000-2006

السنوات	1990	1995	2000	2002	2004	2006	2007
معدل الزيادة الطبيعية (%)	2,494	1,890	1,48	1,53	1,63	1,78	1,86

المصدر:

- *CNES- PNUD, Rapport National sur le Développement Humain, Algérie 2007, op.cit, p 93.*
- *Office National de la Statistique- Algérie ; www.ons.dz. Consulter le 13/10/2009.*

[1] *République Algérienne démocratique et Populaire, Ministère de la santé, de la population et de la reforme hospitalière, Population et développement en ALGERIE, CIOD + 10, Rapport National, décembre 2003, p 12.*

ورغم التراجع المسجل في معدل النمو السنوي، فإن وتيرة النمو التي تميز المجتمع الجزائري تبقى سريعة نسبيا، وقد تؤدي إلى مضاعفة عدد السكان الجزائريين خلال مدة 48 سنة[1]. هذه الوضعية من شأنها أن تطرح أعباء إضافية للدولة، ومدى القدرة على تلبية هذا الطلب الاجتماعي المتنامي في ظل المعدلات المسجلة. وهو ما يستدعي تقوية وتدعيم السياسة الوطنية للسكان، من خلال آليات تسمح بالتحكم النسبي في اتجاهات النمو السكاني وتخفيف الضغط على مختلف الخدمات الاجتماعية. إن تراجع، وانخفاض معدل نمو السكان قد تكون له آثار إيجابية في مجالات عديدة، حيث يسمح بتخفيف الضغوط الاجتماعية والاقتصادية (مستويات البطالة، الطلب على الخدمات الصحية)، ومن ثم تمكين الدولة من تحسين مستوى، و نوعية الخدمات المقدمة لفئات المجتمع في ظل الموارد المتاحة.

غير أن توزع السكان في الجزائر يتسم بعدم التجانس بين المناطق، حيث يتركز 65% منهم في الشمال، 25% في الهضاب العليا، ونسبة 10% في الصحراء. هذه الوضعية تطرح مشاكل، وتكاليف إضافية، في توفير مستويات جيدة للخدمات الصحية في المناطق الجنوبية أين يعيش السكان في تجمعات سكنية متباعدة[2].

بالنسبة لتونس، بالنظر لخصوصية هذا البلد، من حيث المساحة وعدد السكان، فإن نتائجه تبدو أكثر إيجابية بالنظر لما تم إنجازه. بحيث انتقل معدل النمو الديموغرافي، حسب المعهد الوطني للإحصاء، من 1,96% في سنة 1990، إلى 1,14% في سنة 2000، ليبلغ في سنة 2005 حدود 1,12%، وهذا المعدل مرشح لأن يصل إلى حدود 1% بحلول 2015. هذه الإنجازات هي من نتائج التراجع المسجل خاصة في معدل المواليد الخام. بحيث انتقل من 25,2 لكل ألف ساكن في سنة 1990 إلى حدود 17,1 في سنة 2005.

أما البلد المغاربي الثالث (المغرب) فقد سجل هو الآخر نتائج ملموسة، نحو التحكم في معدلات نمو سكانه. فقد انتقل هذا المعدل من 2,6% خلال الفترة (1971–1982) إلى 2,06% في الفترة (1982–1994)[3] ليصبح في حدود 1,4% في سنة 2006[4]. وهو مرشح لأن ينزل إلى حدود 1,2% بحلول عام 2015.

---

(1) *République Algérienne démocratique et Populaire, Ministère de la santé, de la population et de la reforme hospitalière, La SANTE DES ALGERIENNES ET DES ALGERIENS, Décembre 2004, p 22.*

(2) *OMS, Stratégie OMS de coopération avec les pays, République Algérienne démocratique et Populaire 2002-2005, p 4*

(3) *Royaume du Maroc, Haut commissariat au plan, Démographie Marocaine : tendances passées et perspectives d'avenir, rapport thématique ; centre des études et des recherches démographiques, p 18.*

(4) *Royaume du Maroc, Ministère de la santé, santé en chiffres 2007, p 15.*

3-1-2 معدل وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات:

هناك مؤشران هامان، يعطيان فكرة واضحة وجيدة في مجال صحة الطفل، هذان المؤشران هما معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة، و معدل وفيات الأطفال الرضع (أقل من سنة) فمعدل وفيات الرضع يمثل مؤشرا بالغ الأهمية، بحيث يجسد مستويات الرعاية الصحية التي تقدمها مختلف المجتمعات لتلك الفئة العمرية. ويعتبر كذلك مؤشرا للمستوى الصحي العام في المجتمع، كما أن لوفيات الرضع علاقة طردية قوية مع معدلات الخصوبة السائدة. حيث أثبتت العديد من الدراسات أنه كلما ارتفعت معدلات وفيات الرضع والأطفال زادت معدلات الخصوبة والعكس صحيح.

وعلى مستوى التقدم نحو تحقيق الهدف الذي أعلنته منظمة الأمم المتحدة للطفولة اليونيسيف[1] بتخفيض معدلي وفيات الأطفال الرضع، ووفيات الأطفال دون سن الخامسة بنسبة الثلثين، ما بين عامي 1990 و2015، فقد تم تحقيق انجازات كبيرة في مختلف المناطق وبدرجات متباينة، غير أن تحقيق هذا الهدف يعني تخفيض عدد وفيات الأطفال في العالم من 9,7 مليون في عام 2006 إلى حوالي 4 ملايين طفل بحلول عام 2015، مع التذكير بأن هذا العدد كان يقارب 13 مليون طفل في سنة 1990. وهو ما يستدعي جهدا إضافيا بتبني استراتيجيات فاعلة، وعلى عدة جبهات (تخفيض مستويات الفقر، صحة الأمهات، المياه المأمونة والصرف الصحي..)، خصوصا وأن أسباب وفيات الأطفال معروفة في الغالب وبالإمكان الحصول على نتائج مشجعة في هذا المجال بإجراءات، وتدخلات يمكن تحمل تكاليفها.

ويبقى التحدي الأساسي ككل هو ضمان نجاعة، وفعالية هذه التدخلات، بما يضمن تحسين المؤشرات الاجتماعية، بشكل عام، وذلك بتوجيه الاهتمام نحو المشاكل الصحية التي يعاني منها الفقراء خاصة، ومن ثم تصور وإعداد منظومات صحية وطنية تستجيب بشكل فعال لاحتياجاتهم، وبما ينعكس إيجابا على المؤشرات الصحية الوطنية إجمالا. هذه الإستراتيجيات تبدأ أولا بتوفير المنشآت الصحية الضرورية، وضمان تواجد الموارد البشرية الكفيلة بتقديم الخدمات العلاجية، وضمان نوعيتها. ويمكن إبراز التطورات التي عرفها هذا المؤشر في البلدان المغاربية من خلال معطيات الجدول الموالي:

---

[1] أنظر: تقرير يونيسف، وضع الأطفال في العالم 2008، بقاء الأطفال على قيد الحياة.

جدول رقم (34): معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة، والأطفال الرضع في البلدان المغاربية

معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة لكل ألف مولود حي							
	1970	1990	2003	2004	2005	2006	2007
تونس	201	52	24	25	24	23	21
الجزائر	220	69	41	40	39	38	37
المغرب	184	89	39	43	40	37	34
معدل وفيات الأطفال الرضع (أقل من سنة) لكل ألف مولود حي							
	1970	1990	2003	2004	2005	2006	2007
تونس	135	41	19	21	20	19	18
الجزائر	143	54	35	35	34	33	33
المغرب	119	69	36	38	36	34	32

المصدر: من إعداد الباحث، اعتمادا على الجداول الإحصائية الواردة في المراجع التالية:

1 / تقرير يونيسف، وضع الأطفال في العالم 2008، بقاء الأطفال على قيد الحياة.

2 / PNUD, Rapport mondial sur le développement humain 2007- 2008, op.cit

3 / PNUD, Rapport mondial sur le développement humain 2005, op.cit .

4 / www.pogar.org/arabic/contries/states.asp?cid=20

5 / *UNICEF, La situation des enfants dans le monde 2009, op.cit, pp 118.119.120.*

يلاحظ أن الدول المغاربية، على غرار الكثير من الدول النامية والعربية، قد حققت تقدما كبيرا نحو تحقيق هذا الهدف الاستراتيجي. ورغم النتائج الإيجابية نسبيا، فإن التحدي ما زال كبيرا أمامها للوصول بهذا المؤشر إلى المستويات المطلوبة، خصوصا إذا ما قارنا هذه الإنجازات مع ما هو مسجل في الدول المتطورة، أو البلدان ذات التنمية الاقتصادية الشبيهة، مثلما توضحه المعطيات الإحصائية الواردة في الجدول الموالي.

جدول رقم (35): معدل وفيات الأطفال في دول مختارة (لكل ألف ولادة حية) لسنة 2007.

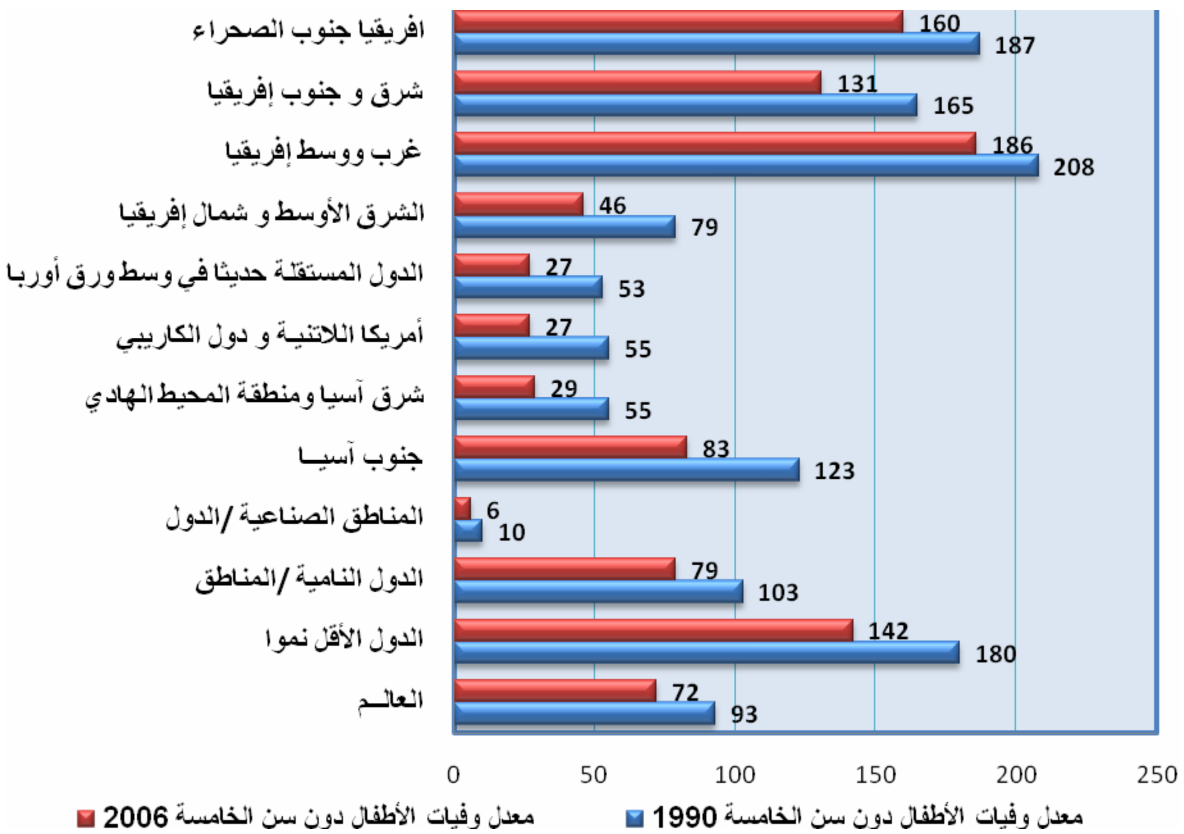
	النرويج	ألمانيا	فرنسا	اليابان	بلجيكا	البرتغال	تركيا	كوبا	رومانيا		و م أ	نيجيريا	الصين
معدل وفيات الأطفال دون سن 5	04	04	04	04	05	04	26	07	15	22	08	189	22
معدل وفيات الرضع	03	04	04	03	04	03	24	05	13	20	07	97	19

المصدر: تم إعداد الجدول اعتمادا على الجداول الإحصائية الواردة في:

UNICEF, La situation des enfants dans le monde 2009, op.cit, pp 118.120.

وتشير المعدلات الواردة في الجدول السابق، إلى حجم المجهودات التي ما زالت تنتظر هذه البلدان المغاربية، لتخفيض هذين المؤشرين إلى الحدود التي تعكس حقيقة الاستثمارات التي قامت بها، في مجالات صحة الأم والطفل. ونفس الملاحظة يمكن استنتاجها، فيما يتعلق بدرجات التفاوت بين مختلف المناطق. ويبين الشكل الموالي العجز الكبير الذي تعاني منه القارة الإفريقية، وخاصة منطقتي إفريقيا جنوب الصحراء، غرب ووسط إفريقيا، اللتان تسجلان مؤشرات حرجة. ويمكن توضيح مستويات هذا التفاوت بين مختلف المناطق من خلال معطيات الجدول الموالي.

شكل رقم : (30): مقارنة معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة، حسب المناطق في العالم 1990- 2005



المصدر: تقرير يونيسف، وضع الأطفال في العالم 2008، بقاء الأطفال على قيد الحياة، مرجع سبق ذكره، ص 06

بالنسبة لمعدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة، فإن المتوسط المسجل في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا هو 46 حالة وفاة لكل ألف مولود حي في سنة 2006، بعد أن كان 79 في الألف سنة 1990. أما معدل وفيات الرضع (أقل من سنة) فقد قدر متوسط المنطقة بـــ 36 في الألف سنة 2006 بعد أن كان 58 حالة وفاة لكل ألف مولود حي في سنة 1990. ونفس الملاحة نسجلها في وتيرة تخفيض هذا المؤشر، وكذا وفيات الأطفال الرضع.

جدول رقم (36): وتيرة تخفيض وفيات الأطفال بين مناطق العالم

	معدل التخفيض السنوي لوفيات الأطفال		معدل وفيات الرضع	
	النسبة المسجلة	النسبة المطلوبة		
	1990-2006	2007-2015	1990	2006
افريقيا جنوب الصحراء	1,0	10,5	111	95
شرق و جنوب إفريقيا	1,4	9,6	102	83
غرب ووسط إفريقيا	0,7	11	119	107
الشرق الأوسط و شمال إفريقيا	3,4	6,2	58	36
جنوب آسيـــــا	2,5	7,8	87	62
شرق آسيا ومنطقة المحيط الهادي	4,0	5,1	41	23
أمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي	4,4	4,3	43	22
العالـــــم	1,6	9,4	64	49

المصدر: الجداول الإحصائية الواردة في: تقرير اليونيسيف، وضع الأطفال في العالم 2008، مرجع سبق ذكره.

ونلاحظ أن البلدان المغاربية، وبدرجات متفاوتة، قد حققت معدلات أحسن من المتوسط المسجل في المنطقة ككل، سواء تعلق الأمر بوفيات الرضع، أو وفيات الأطفال دون سن الخامسة. وعلى اعتبار أن الحق في الحياة، هو من الحقوق الأساسية المحددة في الاتفاقيات المتعلقة بحقوق الطفل، فإن جميع الدول الموقعة على تلك الاتفاقيات، ومنها البلدان المغاربية تعترف بهذا الحق، وتسعى جاهدة لضمانه، من خلال جملة من الإجراءات والتدابير أهمها:

- تخفيض معدل الوفيات بين الأطفال عامة، والمواليد الجدد خاصة
- مكافحة الأمراض المتعلقة بسوء التغذية
- ضمان الرعاية الصحية، العلاجات الأساسية، والعمل على توسيع مجالات التلقيح والوصول إلى مختلف الفئات الاجتماعية، بما يضمن التحكم في العديد من الأمراض التي يمكن تفادي تكاليفها بمثل هذه الإجراءات.
- تحسين مستويات التربية الصحية للأسر الفقيرة خاصة، فيما يتعلق بتغذية وصحة الطفل، وذلك بتكثيف برامج التوعية والإعلام.

انجازات البلدان المغاربية، في تحسين هذا المؤشر، تختلف من دولة إلى أخرى، وأيضا داخل الدولة الواحدة، من خلال التفاوت المسجل بين المناطق الحضرية، والمناطق الريفية هذه الأخيرة، تبقى تسجل أعلى المعدلات.

3-1-2-1 وفيات الأطفال في تونس :

بالنسبة لتونس فإن وفيات الأطفال دون سن الواحدة قد سجل انخفاضا متواصلا، حيث انتقل هذا المعدل من 51,4 في الألف عام 1985، إلى 37,3 سنة 1990، 30,5 في سنة 1995 ليهبط لاحقا إلى حدود 22,1 حالة وفاة لكل ألف ولادة حية في سنة 2002[(1)]. ثم انتقل كما ذكرنا إلى 18 في الألف خلال سنة 2007، ليكون هذا المؤشر هو الأحسن من بين الدول المغاربية موضوع الدراسة.

معدل وفيات الأطفال في الأيام الأولى (الـــ 28 يوم الأولى) تمثل في تونس ثلثي وفيات الأطفال دون سن الواحدة، وما يقارب نصف وفيات الأطفال دون سن الخامسة[(2)]. وبعبارة أخرى يلاحظ أن معدل الوفيات يكون أكبر في الشهر الأول من حياة الطفل. وعليه فإن أي إستراتيجية يتم اعتمادها لتخفيض اتجاهات هذا المعدل، لا بد وأن تستهدف بالأساس الأيام الأولى من حياة المواليد.

الملاحظة المستخلصة بالنسبة لمعدل وفيات الأطفال دون سن الواحدة في تونس، هي أنه يتوزع بصورة متباينة بين الجنسين (26 في الألف بالنسبة للإناث، و22 في الألف للذكور) كما يلاحظ أن معدل الوفيات لهذه الفئة، في الوسط الريفي، يسجل ضعف المعدل المسجل في الوسط الحضري. كما أن كل طفل تونسي من بين ثمانية تقريبا، يعاني من مشكلة تأخر النمو في حين يعاني من هذه المشكلة كل طفل من أصل خمسة في غرب تونس.[(3)]

نفس الملاحظات يمكن تسجيلها أيضا بالنسبة لوفيات الأطفال دون سن الخامسة، من حيث التفاوت المسجل حسب الجنس والمناطق. هذه المعطيات تبرز خصوصيات المناطق الريفية التي تبقى دائما تسجل مستويات أعلى في مجال وفيات الأطفال بشكل عام. وهي نفس المظاهر المسجلة في كل من الجزائر والمغرب. هذه الاستنتاجات يمكن تفسيرها بجملة من الأسباب، في مقدمتها المستوى التعليمي للأمهات، ظروف السكن والإقامة في الوسط الريفي والتي تجسدها إمكانيات الحصول على مختلف الخدمات الاجتماعية، مدى إمكانية الوصول إلى المياه المأمونة، والصرف الصحي المناسب، والإمكانيات الاقتصادية المتوفرة للأسر والتي تسمح لها بالحصول على احتياجاتها المعيشية، والصحية.

---

(1) *Nations Unies, Rapport National sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement (Tunisie), Mai 2004 , p 17.*

(2) *Bureau de L'UNICEF en Tunisie, La situation des enfants en Tunisie, analyse et recommandations, 2004, p 38.*

(3) *IDEM, p 39,40.*

3-1-2-2 وفيات الأطفال في الجزائر:

لقد استطاعت الجزائر أن تهبط بمؤشر وفيات الأطفال دون سن الخامسة من 220 حالة في سنة 1970 إلى حدود 37 حالة وفاة لكل ألف مولود حي في سنة 2007. وهو ما يعتبر ترجمة للجهود المبذولة، والبرامج الصحية المعتمدة من قبل الجزائر لتحسين المؤشرات الصحية عامة، وصحة الأم والطفل بصفة خاصة. لكن هذه النتائج تخفي الفوارق الجهوية المسجلة بين مختلف المناطق، وكذا طبيعة هذه الوفيات.

إن التحول الديموغرافي الذي تعرفه الجزائر لم يتم بصورة متجانسة، بحيث تم تسجيل تفاوت كبير على مستوى الولايات، والمناطق الصحية فيما يخص المرحلة الثانية من التحول الديموغرافي (اتجاهات الخصوبة). كما أن معدل الوفيات الخام يسجل هو الآخر تباينا بين المناطق، ووصل في بعض ولايات الجنوب، والهضاب العليا إلى مستويات حرجة.

ونفس الملاحظات أيضا تم تسجيلها فيما يخص وفيات الأطفال الرضع[1]. فحسب نتائج التحقيق، الذي قامت به وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات في سنة 2002 فإنه من بين 38,8 حالة وفاة لكل ألف مولود حي في سنة 2002 ، فإن 34,5 وفاة للأطفال كانت في السنة الأولى من حياتهم. وتعتبر الأيام الأولى من حياة الرضيع جد حرجة، وتحدد بشكل كبير مؤشر أمل الحياة عند الولادة[2]. حيث تمثل وفيات هذه الفئة العمرية أهم أسباب وفيات الأطفال في الجزائر. حيث بلغت 30.000 حالة وفاة، أي ما يمثل 73% من وفيات الأطفال الأقل من سنة واحدة. في حين أن وفيات الأطفال بين سن 28 يوما إلى11 شهرا، فتمثل 27%. ومن بين الأربعة أطفال الذين يتوفون قبل بلوغهم السنة، ثلاثة هم حديثو الولادة. أما بالنسبة لهذا المؤشر حسب الجنس، فإن وفيات الأطفال أقل من سنة هي مرتفعة قليلا لدى الذكور بمعدل 35,7 حالة، عنها لدى الإناث (33 حالة وفاة لكل 1000 ولادة حية).

إن وفيات الأطفال الرضع، والأطفال دون سن الخامسة، ترتبط ارتباطا وثيقا بالمستوى التعليمي، وكذا مستوى وظروف المعيشة، ونوعية السكن للأسر الجزائرية.

حيث ينتقل خطر الوفاة للأطفال أقل من سنة، من 29,8 في الألف بالنسبة للأسر التي تتزود بالمياه المأمونة من شبكة عمومية، ليصل هذا المعدل إلى 39,9 في الألف عندما يتم

---

(1) *République Algérienne démocratique et Populaire, Ministère de la santé, de la population et de la reforme hospitalière, Population et développement en ALGERIE, CIOD + 10, op.cit. p 30,31.*

(2) هذه الإحصائيات مأخوذة من نتائج تحقيق وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات سنة 2002 ، والصادر في: *Système des Nations Unies en Algérie, ALGERIE; Bilan commun de pays, septembre 2005, pp 12, 13.*

التزود من مصادر أخرى. كما أن خطر وفاة الأطفال أقل من سنة قد يصل إلى 42 حالة وفاة لكل 1000 ولادة حية، عندما تكون المساكن غير موصولة بشبكات الصرف الصحي مقابل 29,4 في الألف للأسر التي تستفيد من الصرف الصحي الملائم. ويتضاعف احتمال الوفاة للأطفال الأقل من سنة، بالنسبة للأسر التي تعيش في المساكن التقليدية (بمعدل 40,4 في الألف) مقارنة بالشقق والمساكن الأخرى. كل ذلك يوضح الدور الكبير الذي تلعبه ظروف السكن توفر المياه المأمونة، والصرف الصحي في التأثير على معدل الوفيات بشكل عام، ووفيات الأطفال بشكل خاص.

وعلى اعتبار أن صحة الطفل، وحقه في الحياة مكفولة بمختلف القوانين، فإنه من الطبيعي أن تسعى الجهات الفاعلة في ضمان هذا الحق المشروع. وبالأخص المرأة الأم وذلك بضرورة متابعة حملها في الوحدات الاستشفائية، متابعة عمليات الفحص بعد الولادة محاولة ضمان الرضاعة على الأقل في الأشهر الأولى، تكثيف البرامج الوقائية قبل العلاجية، والالتزام بتلقيح الأطفال الذي تضمنه مختلف البرامج الوطنية، وغيرها من الإجراءات.

غير أن مستوى الالتزام بتطبيق مختلف هذه التعليمات، يتفاوت باختلاف مكان الإقامة المستوى التعليمي للأمهات خاصة. إضافة إلى مدى توفر الوحدات الصحية، وحسن توزيعها، وكذا الموارد البشرية المؤهلة التي تسمح بمتابعة صحة الأم و الطفل.

وحسب وزارة الصحة دائما، فإن من بين النساء اللائي شملهن نفس التحقيق، تبين أن[1]:

- 20% منهن لم يقمن بالفحص أثناء فترة الحمل .
- 70%، حوالي الثلثين منهن في الوسط الريفي ، لم يقمن بالفحص بعد الولادة.
- 14,6% من النساء الريفيات وضعن حملهن في منازلهن.
- 70% من النساء لم يقمن بإرضاع مواليدهن، على الأقل لمدة أربعة أشهر.

ومن جهة أخرى، فإن رب الأسرة، ولاعتبارات مادية، و نقص الإعلام، قد يجد نفسه غير قادر على تحمل مسؤولياته في هذا المجال. كل ذلك يقودنا إلى التذكير بضرورة توفير و تخصيص الموارد المالية على المستوى المحلي، أو الوطني من أجل تمويل برامج وأنشطة التربية والتوعية الصحية. إضافة كما قلنا إلى حسن توزيع مختلف الوحدات الصحية الكفيلة بضمان تقديم مختلف الخدمات العلاجية و الوقائية على السواء.

---

[1] *Système des Nations Unies en Algérie, ALGERIE; Bilan commun de pays, op.cit, p 13.*

وبهدف الرفع من المؤشرات الصحية إلى المستويات العالمية، أو الاقتراب منها سطرت الحكومة برنامجا طموحا يمتد إلى غاية 2025، مع تخصيص غلاف مالي معتبر قدره 1900 مليار دينار. الأهداف المسطرة في هذا البرنامج تكمن أساسا في السعي إلى التحكم في النقائص المسجلة على مستوى المنظومة الصحية في مجال المنشآت، الموارد البشرية، وحسن توزيعها، نوعية التكوين، وذلك بما يضمن تحسين مستوى الخدمات الصحية المقدمة، والعمل على إيصالها إلى الفئات الاجتماعية الأكثر فقرا، والتي غالبا ما تعاني من قصور الخدمات، و من ثم سوء المؤشرات الصحية المسجلة.

3-1-2-3 وفيات الأطفال في المغرب :

بالنسبة لهذا البلد المغاربي، فإن التباين المسجل في معدل وفيات الأطفال يمكن ملاحظته أيضا بين المناطق الحضرية، والمناطق الريفية، إضافة إلى المستوى التعليمي للمرأة، توزع الوحدات الاستشفائية، ظروف السكن، ومستوى معيشة الأسر.

لقد سجل مؤشر وفيات الأطفال تحسنا كبيرا على مدار السنوات التي تبعت الاستقلال فمن خلال نتائج التحقيق الذي قامت به وزارة الصحة المغربية في سنتي 1992 و2004 تبين أن معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة قد انتقل من 76 في الألف إلى 47 حالة وفاة لكل ألف ولادة حية بين سنتي الدراسة. ولبلوغ هدف الألفية (المتضمن تخفيض هذا المؤشر بالثلثين بين 1990–2015) فإن هذا المعدل لا بد و أن ينزل إلى حدود 28 في الألف بحلول 2015[(1)]. مع الإشارة إلى أن هذا المعدل (47 في الألف) قد وصل إلى حدود 78 حالة وفاة لكل ألف ولادة حية في أوساط الطبقة الفقيرة[(2)]. غير أن خطر الوفاة يبدو أكبر نسبيا لدى الأطفال حديثي الولادة (أقل من شهر) مقارنة بما هو مسجل لدى الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين شهر وإثني عشر شهرا. وهو ما توضحه المعطيات التالية:[(3)]

- معدل وفيات الأطفال أقل من شهر انتقل من 31 في الألف في الفترة (1987–1991) إلى 27 في الألف خلال الفترة (1999–2003)، مع التفاوت بين المناطق الحضرية ، و الريفية التي سجل فيها هذا المعدل مستوى 24 في الألف، و33 في الألف على التوالي. وتكمن أسباب وفيات الأطفال الرضع بالأساس، في مدى

(1) *Royaume du Maroc, Objectifs du millénaire pour le développement, septembre 2005, op.cit, p27.*
(2) *Plan-cadre des nations Unies au Maroc 2007-2011, Bilan commun de pays, Mars 2006, p 44,45.*
(3) *IDEM.*

متابعة الأمهات لمراحل الحمل، والظروف التي تتم فيها الولادة (الانتقال إلى الوحدات الصحية، حضور الأخصائيين...).

- معدل وفيات الأطفال الذين تتراوح أعمارهم (بين شهر و12 شهرا) انتقل من 26 حالة وفاة لكل ألف ولادة حية في الفترة (1987- 1991) إلى 13 في الألف في الفترة (1999-2003). مع تسجيل نسبة 5% في المناطق الحضرية ، و15% في المناطق الريفية.

يمكن القول أن خطر الوفاة، قبل بلوغ السنة الأولى، قد تراجع في المغرب بشكل ملحوظ، مع انتقاله من 149 حالة وفاة لكل ألف ولادة حية في سنة 1962 إلى حدود 48 في الألف في سنة 2004[1]. مع تسجيل تفاوت أيضا بحسب المناطق، حيث انتقل هذا المعدل في المناطق الحضرية من 100 في الألف إلى 38,6 في الألف بين 1962 وسنة 2004. في حين انتقل هذا المعدل في المناطق الريفية من 170 إلى 56,7 حالة وفاة لكل ألف ولادة حية في نفس الفترة المذكورة.

إن تحسن مستوى المعيشة، وكذا الخدمات الصحية المتاحة لم تستفد منه جميع شرائح المجتمع بصورة عادلة بحيث أن التفاوت الكبير المسجل بين المناطق الريفية والحضرية وبين مختلف الطبقات الاجتماعية ما زالت تميز مؤشر وفيات الأطفال في المغرب. فعلى سبيل المثال، تبلغ معدلات وفيات الرضع بين أفقر 20% من السكان، من حيث الدخل ضِعف المعدلات السائدة بين أعلى 20% دخلا من السكان في المغرب[2].

فالحياة الحضرية، وظروف المعيشة، تعتبر من العوامل المساعدة على انخفاض معدل الوفيات. وبحكم الظروف الأحسن في المدن، من حيث توفر الموارد البشرية (السلك الطبي وشبه الطبي)، توفر الخدمات الصحية وسهولة الوصول إليها، ظروف السكن (الصرف الحي والمياه المأمونة)، مستويات التمدرس، والمستوى التعليمي للمرأة خاصة، كلها عوامل تساهم بصورة كبيرة في خلق التفاوت بين المناطق الحضرية والريفية، فيما يتعلق بوفيات الأطفال دون إغفال مظاهر التفاوت، واللامساواة في الميادين الاجتماعية، الاقتصادية والثقافية.[3]

---

(1) *Royaume du Maroc, Haut commissariat au plan, Démographie Marocaine : tendances passées et perspectives d'avenir, op.cit , p 23.24.*

(2) الموقع الالكتروني للبنك العالمي : *www.worldbank.org*

(3) *Royaume du Maroc, Haut commissariat au plan, Démographie Marocaine : tendances passées et perspectives d'avenir, op.cit , p 23.*

وبعبارة أخرى فإن الوسط الريفي يكرس فكرة سائدة، وهي أنه عامل مساهم في ارتفاع وفيات الأطفال دون سن الخامسة، وجميع الفئات التابعة. هذه الحقيقة تجد تفسيرها في المستوى التعليمي المتدني للمرأة الريفية في المغرب، إضافة إلى مؤشرات الفقر السائدة ومستويات الخدمات الصحية المتوفرة، والإمكانيات الاقتصادية للأسر المغربية التي تسمح بتوفير الشروط الأساسية للتمتع بالصحة، وهي الغذاء الكافي، الماء الصالح للشراب، السكن اللائق والتعليم.

وبشكل عام يمكن القول أن معدل وفيات الأطفال، دون سن الخامسة في المغرب، لا تقع مسؤوليته على المنظومة الصحية فقط، بل إن هذه الظاهرة تأخذ أبعادا اجتماعية اقتصادية ديموغرافية، وثقافية. وهو ما يستلزم ضرورة أخذ كل هذه المخاوف، والسلبيات في كل الاستراتيجيات المستقبلية لتخفيض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة عامة والأطفال حديثي الولادة بشكل خاص. وذلك بالعمل على تدعيم برامج التلقيح الوطنية محاربة وتقليص الأمراض المسؤولة عن نسبة كبيرة من هذه الوفيات (الإسهال، التهابات الجهاز التنفسي..).

3-1-3 وفيات الأمهات في بلدان المغرب العربي:

تقوم منظمة الصحة العالمية بتسليط الضوء، في كل عام، على قضية معينة يتم بحث محاورها الأساسية وتبنيها على مدار العام، ونظرا لأهمية صحة الأم والطفل في المجتمع فقد جاء تقرير المنظمة لسنة 2005 تحت شعار"لا تبخسوا أما أو طفلا مكانتهما في المجتمع"[(1)] وهو ما يبرز ارتباط صحة هذه الفئة ارتباطا وثيقا بعملية التنمية، سواء أكانت تنمية اجتماعية، اقتصادية، تعليمية أو غيرها. وذلك من خلال الرعاية الصحية التي تقدمها المستشفيات العمومية، ومراكز رعاية الأمومة والطفولة.

ويذكر التقرير أن بالإمكان الحد بقدر كبير من عدد الوفيات المسجل في العديد من المناطق، وخاصة الفقيرة منها، من خلال توسيع نطاق الخدمات المقدمة، واتباع أسلــوب " السلسلة المتصلة من الرعاية" مع الأمهات والأطفال، والتي تبدأ قبل الحمل مرورا بالولادة ثم مرحلة الطفولة. وتتأثر الخصوبة في المجتمع بالكثير من العادات الاجتماعية، كالزواج المبكر، السلوك الإنجابي للمرأة، والاهتمام بوسائل تنظيم الأسرة، ومدى قدرة الدولة على توفيرها، من خلال البرامج، والسياسات المنتهجة.

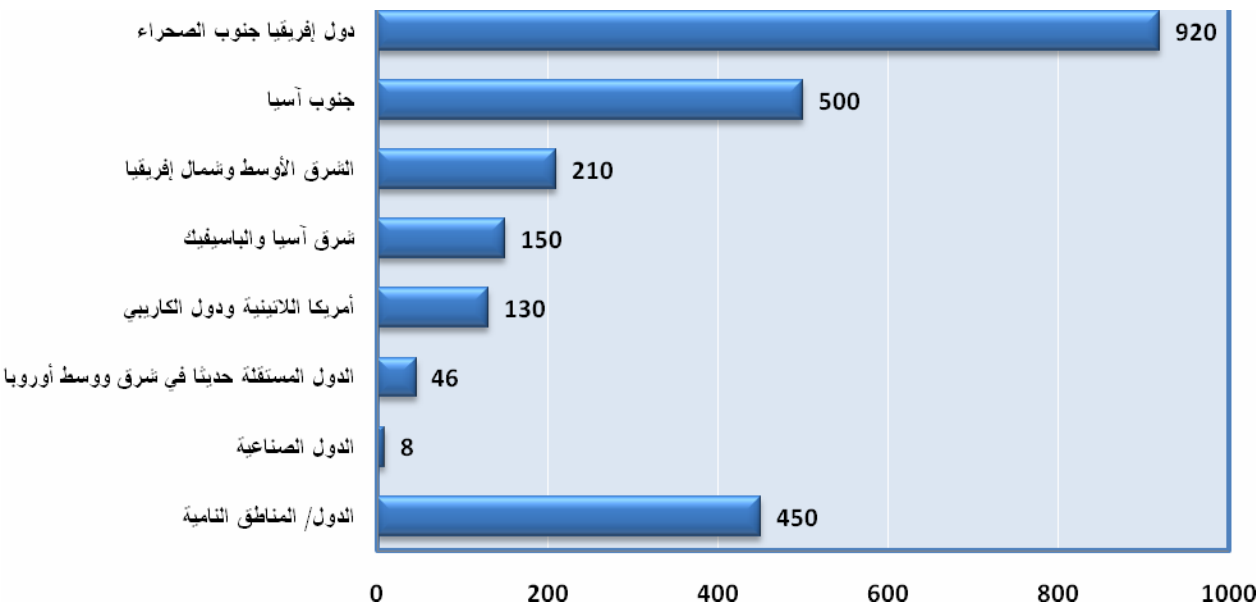
---

(1) *OMS, Rapport sur la santé dans le monde 2005, Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant.*

كما أن تمكين النساء من الحصول على مختلف الخدمات الصحية الأساسية، ضروري لتخفيض معدل وفيات الأطفال، من جهة، وبلوغ هدف الألفية الإنمائي، المتعلق بتخفيض وفيات الأمهات، بنسبة الثلثين بحلول عام 2015 من جهة أخرى. غير أن النتائج المسجلة لحد الآن، والوضع المتردي للنساء في العديد من المناطق، والمجتمعات تبرز حجم التحدي الكبير الواجب بذله لبلوغ هذا الهدف.

ومع اقتراب الموعد المحدد لتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية، وفي ظل هذا التقدم غير الكافي الذي تم تحقيقه بدرجات متفاوتة، تبرز جملة من التساؤلات أهمها: ما هي آليات تسريع التقدم في السنوات المتبقية؟. وكيف يجب على الدول أن تبني إستراتيجيتها، سعيا لتخفيض وفيات الأطفال حديثي الولادة، وكذا وفيات الأمهات؟

شكل رقم (31): معدل وفيات الأمهات حسب المناطق لكل 100.000 ولادة حية في سنة 2005



المصدر: تقرير يونيسف، وضع الأطفال في العالم 2008، مرجع سبق ذكره، ص12.

تبرز معطيات الشكل السابق حجم التباين الكبير بين مناطق العالم في تحسين هذا المؤشر الأساسي. ففي الوقت الذي لا يتعدى معدل وفيات الأمهات 08 حالات وفاة لكل 100.000 ولادة حية في الدول الصناعية فإن قيمة هذا المؤشر بلغت 920 حالة في دول إفريقيا جنوب الصحراء، و500 حالة وفاة لكل 100.000 ولادة حية في دول شرق آسيا. هذه الوضعية الحرجة في بعض المناطق تؤكد ضعف فرص الحصول على الرعاية الصحية الأولية الكفيلة بتخفيض هذه المعدلات المرتفعة للأمهات، والمواليد الجدد (متابعة المراحل المختلفة للحمل، برامج وحملات التطعيم، توفر الموارد البشرية المؤهلة وتوزعها بالشكل

الكافي، رعاية الأمهات بعد الولادة...).

إن من حق النساء أن يتمتعن بحملهن دون مخاطر، ومن واجب كل الجهات الفاعلة (وزارة الصحة، الأطباء والممرضات..) أن تضمن هذا الحق، من خلال توفير الخدمات، الإمكانيات والمعلومات الضرورية، لمتابعة مراحل الحمل، وعمليات الوضع في أحسن الظروف.

وبالرغم من التحسينات التي طرأت على الخدمات الصحية في البلدان المغاربية المعنية والدول العربية بشكل عام، وما نتج عنها من خفض لمعدل الوفيات الخام، معدل وفيات الأطفال الرضع، المواليد الجدد، ومعدل وفيات الأمهات، إلا أن هذه المؤشرات الإيجابية تبقى بحاجة إلى تحسين أكثر.

وفيات الأمهات الحوامل في الدول الثلاث، ما زالت تسجل مستويات مرتفعة، رغم ما تم تسخيره من إمكانيات مادية وبشرية لهذا الغرض. ومن أسباب بقاء هذا المعدل مرتفعا لدى الأمهات والمواليد الجدد، يمكن ذكر الحمل المبكر، الحمل المتأخر، والحمل المتكرر والمتتالي. وكلها نتاج الظروف الاجتماعية، الاقتصادية والثقافية. ويمكن إبراز اتجاهات معدل وفيات الأمهات في بلدان المغرب العربي وفق الجدول التالي:

جدول رقم (37): معدل وفيات الأمهات في بلدان المغرب العربي[1] (لكل 100.000 ولادة حية)

	نسبة وفيات الأمهات المبلغ عنها	النسبة المعدلة	انتشار استخدام وسائل منع الحمل %	تغطية الحوامل بالرعاية %	حضور شخص مدرب عند الولادة %
	2006-2000	2005	2006-2000	2000-2006	2006-2000
تونس	69	100	66	92	90
الجزائر	120	180	61	89	95
المغرب	230	240	63	68	63

المصدر : الجداول الإحصائية الواردة في تقرير يونيسف، وضع الأطفال في العالم 2008 ، مرجع سبق ذكره .

حسب تقرير اليونيسيف السابق الذكر[2]، فإن البيانات الخاصة بوفيات الأمهات في العمود المعنون "المبلغ عنها" فهي البيانات التي أوردتها السلطات القومية. وتقوم اليونيسيف ومنظمة الصحة العالمية، وصندوق الأمم المتحدة للسكان، بصورة دورية، بتقييم هذه

---

(1) تجدر الإشارة هنا إلى بعض التباين الذي لاحظناه بين الإحصائيات المستقاة من المصادر الوطنية، وتلك المنشورة في مختلف التقارير الدولية.

(2) تقرير يونيسف، وضع الأطفال في العالم 2008، بقاء الأطفال على قيد الحياة، مرجع سبق ذكره، ص 145.

البيانات. وتجري تعديلات عليها من أجل تفسير المشكلات الموثقة جيدا. والتي تتعلق بالنقص في التبليغ عن وفيات الأمهات، وسوء تصنيف هذه الوفيات، ومن أجل إعداد تقديرات للدول التي لا تتوافر عنها بيانات. والعمود الذي يحتوي على التقديرات المعدلة لعام 2005 يظهر أحدث هذه المراجعات. غير أن المعطيات الوطنية التي تظهرها هذه البلدان المغاربية، فيمكن التطرق إليها فيما يلي.

3-1-3 -1 معدل وفيات الأمهات في تونس :

كباقي الدول المغاربية، فقد أولت تونس أهمية خاصة للمجال الصحي، وذلك بالعمل على تقريب الخدمات الصحية من مختلف شرائح المجتمع.

ويمكن القول أن تونس قد قطعت أشواطا كبيرة، وحققت نتائج مشجعة في سياستها الصحية خصوصا تلك الموجهة للمرأة في سن الإنجاب، والمتمثلة بشكل خاص في برنامج التخطيط العائلي الذي يرتكز على حسن التكفل بصحة الأم، وتكثيف البرامج الوقائية.

نتائج هذه التوجهات تعكسها المعدلات الإيجابية المسجلة في معدل وفيات الأمهات الذي انتقل من 68,9 حالة وفاة لكل مئة ألف ولادة حية خلال سنة 1994، إلى حدود 58,8 حالة في سنة 2000[(1)].

وقد تم وضع إستراتيجية وطنية لتخفيض وفيات هذه الفئة منذ 1998، حيث سمحت هذه الإستراتيجية بوضع نظام لمراقبة وفيات الأمهات، لتصحيح الاختلالات المسجلة على المستوى الجهوي، وتحسين نوعية الخدمات الصحية المقدمة. انخفاض وفيات الأمهات كان نتاج تغير السلوك الإنجابي، وانخفاض محسوس في مؤشر الخصوبة الإجمالي، والذي انتقل من 3,38 سنة 1990، إلى حدود 02 في سنة 2005.

غير أن النتائج المحققة لم تكن متجانسة، مع ملاحظة استمرار تسجيل تباينات بين المناطق. هذا من جهة، والمستوى التعليمي للمرأة التونسية من جهة أخرى. ورغم ما تم تحقيقه في مجال صحة الأم، فإن نسبة لا يستهان بها من النساء، ما زلن يضعن حملهــن في المنـــازل (مكان الإقامة)، حيث بلغت هذه النسبة 10,7% في سنة 2000. كذلك فإن هذا الرقم

---

(1) *PNUD , Nations Unies , Rapport National sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement (Tunisie), Mai 2004, op.cit.*

يخفي التفاوت الكبير بين مختلف المقاطعات، والولايات مع تسجيل نسبة 28,7% في سليانة 51,3 في قصرين، 33,7% في سيدي بوزيد.

هذه النتائج يعززها التحقيق المنجز حول صحة الأسرة في سنة 2002، والذي بين أن نسبة النساء اللائي يضعن حملهن في المنازل قد بلغت 9,7% من إجمالي الولادات. و يتراوح هذا المعدل بين 3,1% في الوسط الحضري، و20,8% في الوسط الريفي(1).

3-1-3-2 معدل وفيات الأمهات في الجزائر :

إن معدل وفيات الأمهات، سواء الناتجة عن ظروف الحمل أو الولادة، يبقى مرتفعا في الجزائر، وذلك بالنظر للمنشآت الصحية المتوفرة، والإمكانيات البشرية (عمال السلك الطبي وشبه الطبي) التي تم تكوينها و تسخيرها لهذا الغرض.

فحسب الإحصائيات الوطنية ، فقد انتقل هذا المؤشر من 215 حالة وفاة لكل مئة ألف ولادة في سنة 1992 لينزل إلى حدود 117 وفاة، وهذا حسب التحقيق الوطني المتعلق بوفيات الأمهات في سنة 1999. مع تسجيل تفاوت كبير حسب الولايات و المناطق ، خصوصا ولايات الجنوب الجزائري، والهضاب العليا. حيث تراوح هذا المعدل بين 23,37 في ولاية عنابة، وهو أخفض معدل، و239 حالة وفاة لكل مئة ألف ولادة حية في أدرار بالجنوب الجزائري، التي سجلت أعلى معدل.(2) معدل الوفيات انتقل لاحقا إلى حدود 99,5 في سنة 2004، ثم إلى 96,8 حالة وفاة لكل مئة ألف ولادة حية سنة 2005(3).

ورغم هذا التراجع المسجل، فإن هذا المعدل يبقى مرتفعا، خصوصا إذا علمنا أن أكثر من 90% من الولادات تتم في الوحدات الاستشفائية، بحضور عمال مؤهلين. هذه النتائج غير المشجعة جعلت وفيات الأمهات تشكل لوحدها 10% من مجموع وفيات النساء في الفئة العمرية بين 15 و49 سنة. إن أسباب بقاء هذا المؤشر في مستويات عالية تعود بالأساس إلى جملة من النقائص المتعلقة بمستويات التربية الصحية، متابعة أطوار الحمل، وكذا مستويات التغطية الصحية وفعاليتها. وهو ما يفرض على الوزارة الوصية ضرورة تسخير كل الإمكانيات البشرية، والمالية اللازمة لتغطية العجز والتفاوت في مجال التغطية الصحية.

---

(1) *PNUD, Nations Unies, Rapport National sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement (Tunisie), Mai 2004, op.cit, p.*

(2) *République Algérienne démocratique et Populaire, Ministère de la santé, de la population et de la reforme hospitalière, Population et développement en Algérie, op.cit. p15.*

(3) *C.N.E.S - PNUD, Rapport National sur le Développement Humain, Algérie 2006, op.cit, p 81.*

حيث تشير إحصائيات 2003[1] إلى أن 57,4% من عيادات التوليد لا يوجد بها أخصائيون لهذا الغرض، و34,3% لا تتوفر على ممرضات، ونسبة 25% منها، لا تتوفر سوى على سرير واحد فقط مخصص لعمليات الولادة. وبالإضافة إلى ما ذكر، ففي سنة 2002، نجد أن 20% من النساء لم يستفدن من متابعة منتظمة لحملهن، مع بلوغ هذه النسبة 27,6% في الوسط الريفي[2].

التراجع النسبي لوفيات الأمهات في الجزائر يمكن تفسيره بتغير السلوك الإنجابي، مع التراجع الكبير الذي سجل في مؤشر الخصوبة. انخفاض هذا الأخير يرجع إلى عدة أسباب نذكر منها تراجع سن الزواج، وتطور مؤشر استعمال وسائل تنظيم الحمل. بحيث انتقل هذا المؤشر (للطريقتين التقليدية و الحديثة) من 50,9% سنة 1992، إلى حدود 61,9% في سنة 2005[3]. مع ملاحظة أن استعمال وسائل منع الحمل يتفاوت بحسب المستوى التعليمي للمرأة الجزائرية، مع تسجيل نتائج مشجعة بالنسبة للمرأة التي تعاني من مشكلة الأمية. كما أن اللجوء إلى وسائل تنظيم الأسرة يتم غالبا بشكل متأخر، أي في المتوسط بعد الطفل الثاني.

ومما سبق يمكن القول أن وفيات الأمهات، والأطفال الرضع، لها تأثير كبير على معدل الوفيات بشكل عام، مما يستدعي ضرورة تكثيف البرامج الصحية، وخصوصا برامج الصحة الإنجابية، وتحسين نوعية الخدمات العلاجية والوقائية المقدمة. مع ضرورة الاهتمام أكثر بالفئات التي ما تزال تسجل معدلات حرجة في تلك المؤشرات.

3-1-3 -3 معدل وفيات الأمهات في المغرب :

رغم الجهود التي يبذلها المغرب في مجال صحة الأم والطفل، فقد ظلت هذه المؤشرات الصحية سلبية للغاية، خاصة تلك المتعلقة بوفيات الأمهات عند الولادة. حيث بلغ هذا المؤشر في سنة 2003 معدل 227 حالة وفاة لكل مئة ألف ولادة حية. ولم يعرف هذا المعدل أي تطور ملموس مقارنة بما تم تسجيله في سنة 1997، والتي قدر خلالها هذا المؤشر بـــ 228 حالة وفاة لكل مئة ألف ولادة حية[4]. مع تسجيل تفاوت كبير بين المناطق الحضرية والريفية بحيث لم يتم تقليص الفجوة بينهما بالحجم المطلوب، بدليل أن هذا المعدل انتقل في الوسط الحضري خلال الفترتين (1985-1991) و(1995-2003) من 284 إلى 187 حالة وفاة لكل

---

(1) *Système des Nations Unies en Algérie, ALGERIE ; Bilan commun de pays, septembre 2005, op.cit, p14.*
(2) *IDEM.*
(3) *C.N.E.S- PNUD , Rapport National sur le développement humain, Algérie 2006, op.cit , p 83.*
(4) المغرب: مقاربة النوع الاجتماعي، ملحق التقرير الاقتصادي والمالي 2006، أكتوبر 2005، ص 17.

مئة ألف ولادة حية. أما في الوسط الريفي فقد انتقل من 362 إلى 267 حالة وفاة لكل مئة ألف ولادة حية خلال نفس الفترة [1].

معدل الوفيات المرتفع في المغرب، يعني أنه يتم تسجيل حالة وفاة أم كل ست (6) ساعات بسبب مضاعفات الحمل والولادة. كما نسجل أن 31% من سكان الريف يتواجدون على مسافة تزيد عن 10 كيلومتر من أقرب وحدة صحية. مع اللجوء إلى غلق بعض المنشآت العلاجية بسبب نقص عمال السلك الطبي. وتشير البيانات المتوفرة إلى أن 50% من المستشفيات الموجودة يزيد عمرها عن 30 سنة، كما أن 60% من التجهيزات الخاصة بالأشعة عمرها يفوق 15 سنة[2]. تضاف إلى هذه السلبيات غياب خريطة صحية، تسمح بالتوزيع العقلاني لعرض العلاج. مع استمرار تسجيل مؤشرات سلبية ، متمثلة في عمليات الوضع والولادة في المنازل، خصوصا في المناطق الريفية، والنائية. والتفاوت الكبير المسجل بين المناطق الحضرية، والريفية، تبرزها معطيات الجدول الموالي.

جدول رقم (38): تفاوت المؤشرات الصحية بين المناطق في المغرب

	الحضر	الريف
الفحوصات الطبية قبل الولادة prénatale	% 85	% 48
الحضور الطبي أثناء الولادة	% 85	% 40
وفيات الأمهات لكل 100.000 ولادة حية	187	267
عدد السكان لكل عيادة طبية خاصة	4354	95418

المصدر:

Nouzha Skali, Le système de santé au Maroc, perspectives de réforme, Forum Euromed, Euro-mediterranean Conference, Barcelone, Novembre 2005.

هذه الأرقام السلبية ترجع إلى عدة عوامل تجد تفسيرها فيما يلي[3]:

- خلال الفترة (1999-2003) فإن 68% فقط من النساء الحوامل لجأن إلى إجراء فحوصات قبل الــولادة (85% في الوسط الحضري، و48% في الوسط الريفي) هذا المؤشر بلغ 56% فقط لدى النساء الأميات. في حين بلغ 94% لدى النساء اللائي تحصلن على مستوى تعليمي ثانوي، أو أكثر. هذا المستوى الضعيف في متابعة أطوار ومراحل الحمل، تكمن أسبابه بالإضافة إلى مشكلة الأمية، في الظروف الاقتصادية

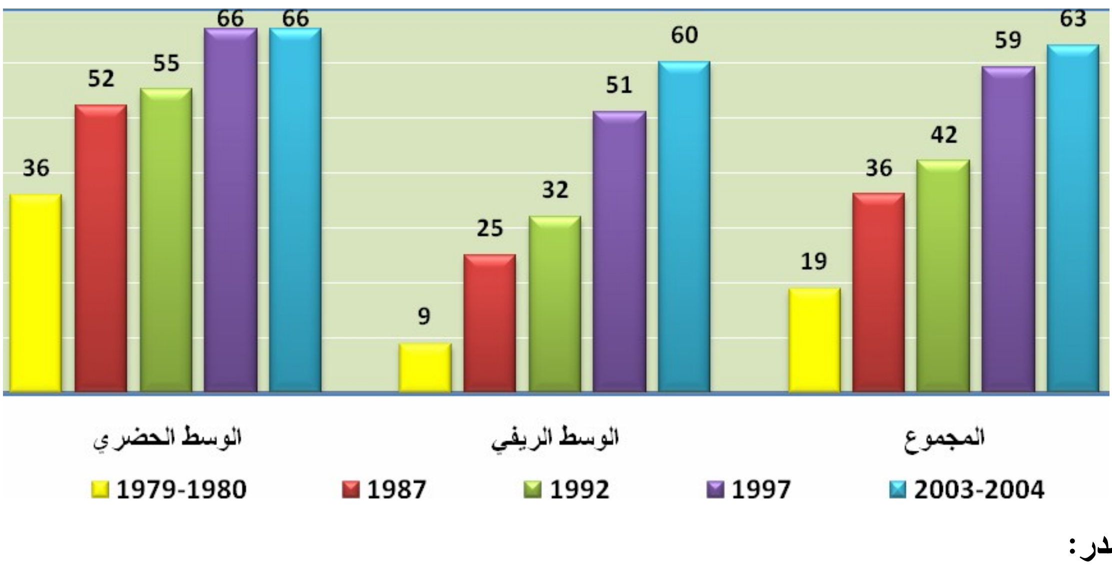
(1) *Royaume du Maroc, Objectifs du millénaire pour le développement, septembre 2005, op.cit, p30.*
(2) *Nouzha Skali, Le système de santé au Maroc, perspectives de réforme, op.cit.*
(3) *Royaume du Maroc, Objectifs du millénaire pour le développement, septembre 2005, op.cit, p30*

الاجتماعية للأسر، ومدى سهولة الوصول إلى الخدمات الصحية الضرورية لتجسيد شعار الأمومة بدون مخاطر.

- بين الفترتين (1987-1991)، (1999-2003) فإن نسبة الولادات التي تمت بحضور فريق طبي مؤهل انتقلت من 31% إلى 63%. والتي من المفروض أن تصل إلى 80% بحلول 2015 . مع ملاحظة نفس التفاوت دائما، فقد انتقلت هذه النسبة في الوسط الحضري من 64 إلى 85%، في حين انتقلت في الوسط الريفي من 14 إلى 40%. هذا التفاوت يبرز أيضا حسب المستوى التعليمي، بحيث بلغت هذه النسبة 49% لدى النساء الأميات، مقابل 94% لدى النساء الحاصلات على مستوى تعليمي ثانوي أو أكثر.
- نسبة اللجوء إلى الفحوصات الطبية بعد الولادة بلغت 65%، مع تسجيل 87% في الوسط الحضري، مقابل 42% في الوسط الريفي. والهدف المسطر لسنة 2015 هو رفع هذه النسبة إلى 80% على المستوى الوطني.

وكما سبقت الإشارة إليه، فإن نجاح البرامج الصحية لتنظيم الأسرة، يقاس من خلال تطور السلوك الإنجابي للأسرة، تراجع معدلات الخصوبة، و تطور مستوى استعمال وسائل منع الحمل. حيث انتقل هذا الأخير من 19% سنة 1980 إلى 41% سنة 1992 ، ليقفز 63% في 2003-2004. مع الإشارة إلى عدم تسجيل تفاوت كبير بحسب المستوى الدراسي، إذ قدرت النسبة بـــ 68,8% لدى النساء ذوات مستوى دراسي ثانوي، ونسبة 61,2% لدى النساء دون أي مستوى تعليمي(1).

شكل رقم (32): تطور استخدام وسائل تنظيم الأسرة في المغرب حسب الوسط لدى النساء المتزوجات (15– 49 سنة)



المصدر:

Royaume du Maroc, Ministère de la santé, Réalisations gouvernementales dans le domaine de la santé Novembre 2002 – Mars 2005, p 14.

ونوعيتها في الوسط الريفي، من التحديات الكبرى التي ينبغي أخذها بعين الاعتبار في أي إستراتيجية هادفة لتحسين المؤشرات الصحية بشكل عام، ومعدل وفيات الأمهات، والأطفال الرضع خاصة. هذه التوجهات تكمن بالأساس في تدعيم برنامج "الأمومة دون مخاطر" وبرامج التخطيط العائلي، مع تفعيل أكثر لدور المنظمات غير الحكومية في مجال التوعية والخدمات الصحية. الدراسات التي تمت، والمعطيات المتوفرة تشير إلى ضرورة التحرك بصورة متناسقة في المجالات التالية[1]:

- توفير المنشآت الصحية، مع قاعدة تقنية ملائمة.
- توفير الأدوية الأساسية لمصلحة الأم، والمواليد الجدد.
- التدعيم الكمي و النوعي لعمال السلك الطبي، و شبه الطبي.
- توفير المعلومات الضرورية الخاصة بأخطار الحمل، والولادة.
- إشراك المجتمع المدني، والجمعيات غير الحكومية، في مجال التوعية والأنشطة الصحية.

وكحوصلة لما تم التطرق إليه، يمكن القول أن المؤشرات السلبية للصحة الإنجابية في البلدان المغاربية، هي نتاج تطور مشاكل الحمل والوضع، وكذا مضاعفات ما بعد الوضع. رغم أن الوضعية الصحية للمرأة لا يحددها السير الجيد للحمل، أو الظروف الجيدة للولادة فقط، بل تبقى متوقفة على الظروف المادية والتعليمية، التي من شأنها أن تساعد المرأة اليوم على الاستفادة من برامج الوقاية والعلاج. ويبقى الالتزام السياسي، على المدى الطويل، هو الشرط الأساسي الكفيل بتخفيض معدل وفيات الأمهات. وذلك بتحديد إستراتيجية صحية فعالة وإشراك مختلف الفاعلين المهنيين والسياسيين، سعيا لتحقيق العدالة والمساواة في الوصول إلى الخدمات الصحية، و ضمان شموليتها.

ومن خلال ما ذكر تبرز أهمية حملات التلقيح كوسيلة فعالة للوقاية من أهم الأمراض التي تهدد حياة الأطفال، منها على الخصوص داء السل، شلل الأطفال، الحصبة، السعال الديكي الدفتيريا، والكزاز. إضافة إلى أمراض أخرى تتعلق بمرض الكساح، ونقص الفيتامين أ.

إن بلوغ الأهداف التنموية للألفية، في الميدان الصحي خاصة، تتوقف بالأساس على خصائص كل دولة بشكل منفرد. لكن الملاحظ أن هذه الدول المغاربية، المتوسطة الدخل تواجه قضايا مشتركة، تتعلق بالعبء المتزايد للأمراض التي لا تنتقل بالعدوى (مثل

[1] *Plan-cadre des nations Unies au Maroc 2007-2011, Bilan commun de pays, op.cit , p 44,45.*

السرطان، أمراض القلب..) والتي تساهم في تزايد ضغوط التكلفة والتمويل. تضاف إلى ذلك مسألة كفاءة وفعالية منظوماتها الصحية، نوعية الخدمات المقدمة وإمكانية الوصول إلى الفئات المحرومة، وضمان الاستدامة في ضوء التحولات الديموغرافية والمرضية (الوبائية) التي تعرفها هذه الدول.

التغير الذي طرأ على خريطة المرض في البلدان المغاربية، يحتم عليها إعطاء الأولوية اللازمة لمجالات التوعية، وأنشطة التثقيف الصحي، سعيا إلى تغيير سلوك الأفراد. وتؤدي وسائل الإعلام والاتصال الحديثة، دورا متزايد الأهمية في الحياة المعاصرة، من خلال تأثيرها في أنماط الحياة والاستهلاك. ويزداد هذا الاتجاه قوة بفعل حملات التسويق العنيفة وبسبب غياب التشريعات المناسبة. فلا بد من تنفيذ برامج تثقيفية مناسبة لمواجهة التأثير السلبي للإعلام التجاري على صحة الأطفال والشباب.

3-1-4 مؤشر أمل الحياة عند الولادة:

تحسن المؤشرات الصحية في البلدان المغاربية، يبرزه أيضا مؤشر أمل الحياة عند الولادة بالسنوات. بحيث تجاوز عتبة السبعين سنة في سنة 2007 بالنسبة للبلدان الثلاثة، أي بزيادة بلغت حدود العشرين سنة إضافية عما كان عليه في سنة 1970.

جدول رقم (39): مؤشر أمل الحياة عند الولادة بالسنوات في البلدان المغاربية 1970-2007

	1970	1990	2002	2003	2004	2005	2007
تونس	54	69	72,7	73,3	73,5	73,5	74
الجزائر	53	67	69,5	71,1	71,4	71,7	72
المغرب	52	64	68,5	69,7	70	70,4	71

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على المراجع التالية:

- الموقع الالكتروني لبرنامج إدارة الحكم في الدول العربية: *www.pogar.org/arabic/contries/chart.asp*
- *PNUD, Rapport mondial sur le développement humain 2007-2008. la lutte contre le changement climatique : un impératif de solidarité humaine dans un monde divisé.*
- *UNICEF, La situation des enfants dans le monde 2009 ; La santé maternelle et néonatale.*

التطور الإيجابي المسجل، يبرز نقاط أساسية تتمثل في اتجاهات تغير التركيبة العمرية والهرم السكاني، ومعه تغير في خريطة المرض. وتشهد الجزائر تراجعا نسبيا في معدل الإصابة بالأمراض المعدية، وارتفاع الإصابات بالأمراض المزمنة (ضغط الدم، السرطان السكري...) والمتعلقة كما قلنا بالتركيبة العمرية للسكان، والناجمة عن انخفاض مؤشر

الخصوبة، وارتفاع مؤشر أمل الحياة عند الولادة. هذه المعطيات تشكل أعباء إضافية يتوجب على المنظومات الصحية المغاربية مواجهتها، خصوصا فيما يتعلق بالنفقات الصحية.

إن المسألة الصحية هي مسؤولية الجميع، والشعار الذي رفعته المنظمة العالمية للصحة في نهاية الستينيات" الصحة للجميع، والجميع من أجل الصحة " يترجم في الحقيقة مبدأين أساسيين، هما العدالة، والمشاركة. وهذا يعني ضرورة إشراك جميع الهيئات والمنظمات إضافة إلى المجتمع المدني، في الرقي بالمستوى الصحي، وترقية النشاطات والبرامج الوقائية الكفيلة بتخفيض تكلفة المرض.

يعتبر تحسين المستوى الصحي للسكان أحد المكونات الأساسية لسياسة التنمية الاجتماعية، والتي تهدف إلى ضمان مشاركة المواطنين مشاركة كاملة في التنمية المستدامة. ولهذه الغاية، فإن ضمان المساواة وتحقيق الإنصاف، بالنسبة لجميع السكان، في مجال الاستفادة من الخدمات الطبية، يمثل إحدى أولويات الدولة في مجال الصحة، التي أصبحت تشكل موضوع توافق وطني يتماشى مع المتغيرات الدولية، وذلك باعتبارها أداة فعالة من أدوات تحقيق العدالة الاجتماعية ومحاربة الفوارق.

وتفرض حماية الصحة على الدولة التزاما بتوفير الخدمات الصحية الوقائية مجانا لفائدة جميع المواطنين أفرادا وجماعات، بالإضافة إلى سهرها على تنظيم مجال تقديم الخدمات الطبية ذات النوعية، وتوزيعها توزيعا متكافئا على سائر أرجاء التراب الوطني، وضمان استفادة جميع الشرائح الاجتماعية من هذه الخدمات، عن طريق التكفل الجماعي والتضامني بالنفقات الصحية.

3-2 تطور الموارد البشرية في المنظومات الصحية المغاربية:

إن تحقيق فعالية أداء الموارد البشرية في المنظومات الصحية، يمر حتما من خلال تبني إستراتيجية وطنية تهدف إلى تحسين شروط التوظيف، تطوير فعالية هذه الموارد البشرية، من خلال عمليات التثقيف والتكوين المستمرين، إضافة إلى محاولة الاستفادة القصوى من الموارد البشرية المتاحة، وحسن إدارتها و كذا عدالة توزيعها. وبعبارة أخرى تحسين عرض العلاج، والتغطية الطبية.

فمن المؤشرات الدالة على مدى كفاءة الرعاية الصحية المقدمة للأفراد، سواء الأولية أو العلاجية، هي مدى توفر الأطباء، الممرضات، والأسرة الطبية بالشكل المطلوب، والعادل.

فمن الأمور الواضحة على المستوى العالمي حاليا، هي أن النقص الكبير المسجل في عدد

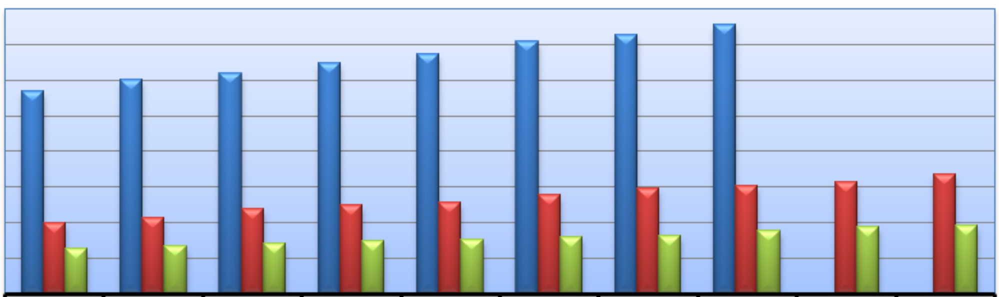
عمال الصحة بشكل عام، في العديد من مناطق العالم ، يمثل أحد العوائق الهامة في تحقيق الأهداف الإنمائية الثلاثة المتعلقة بالميدان الصحي: تخفيض وفيات الأطفال ، تحسين صحة الأمهات ، محاربة فيروس نقص المناعة المكتسبة[1].

ويشكل موضوع تطوير أداء الموارد البشرية، وضمان كفاءتها، في المنظومة الصحية أولوية كبيرة لدى البلدان المغاربية الثلاث، باعتباره جزءا أساسيا، ومؤثرا في أية محاولة تبذل في مجال ضمان نوعية الخدمات الصحية، من جهة، وضمان عدالة توزيعها من جهة أخرى. فالسلطات العمومية ملزمة أمام المجتمع، بالسهر على استعمال هذه الموارد المالية والبشرية، المحدودة عادة، بطريقة عادلة، ومنصفة، لضمان فعالية أداء منظوماتها الصحية.

3-2-1 تطور عدد الأطباء في البلدان المغاربية :

إن تحقيق مبدأ العدالة والإنصاف، تفرض على الدولة توفير الخدمات الصحية والوقائية لفائدة جميع المواطنين، بالإضافة إلى سهرها على تنظيم مجال تقديم هذه الخدمات الطبية تحسين نوعيتها، وتوزيعها بصوره متكافئة عبر المناطق، وضمان وصولها إلى الفئات المحرومة خاصة. وقد بذلت البلدان المغاربية مجهودات كبيرة، منذ الاستقلال، في محاولات جادة لضمان عمليات التكوين وتخرج عمال السلك الطبي، وذلك بما يضمن مستويات التغطية الصحية اللازمة في هذا المجال. تلك الجهود تبرزها معطيات الشكل البياني التالي.

الشكل رقم (33): تطور عدد الأطباء في البلدان المغاربية



	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
الجزائر	28344	29970	30962	32332	33654	35368	36347	37720		
المغرب	9923	10771	11907	12432	12955	13955	14762	15242	15695	16826
تونس	6464	6819	7149	7444	7767	7964	8189	8855	9422	9653

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على المراجع التالية:

1/ ONS Algérie : www.ons.dz.

2/ ONS , L'Algérie en quelques chiffres , No 37 , résultats 2004-2006 ,édition 2008. p 19.

3/ Institut National de la Statistique, Tunisie : www.ins.nat.tn.

4/ Royaume du Maroc, Ministère de la santé, santé en chiffres 2007, direction de la planification et des ressources financières, op.cit, p 15

---

(1) *OMS, Travailler ensemble pour la santé, rapport sur la santé dans le monde 2006, p 19.*

إن الملاحظة الأولى المستخلصة من معطيات الجدول، والشكل البياني السابقين، هي التفاوت المسجل في حجم، ومستويات التكوين بين هذه البلدان. هذا التفاوت يجد تفسيره بالنسبة لتونس في عدد سكان هذا البلد، والذي يتجاوز بقليل حدود 10 ملايين نسمة في سنة 2007.

وبالنظر لما تم انجازه في الجزائر، فإن مستويات التكوين بالمغرب تبقى محدودة خصوصا إذا ربطنا ذلك بعدد السكان الذي قارب 31 مليون نسمة في سنة 2006[1]. وهو ما انعكس سلبا على مستويات التغطية، وشمولية الخدمات الصحية المقدمة. فمعطيات الجدول السابق تبين الوتيرة البطيئة التي تزايد بها عدد الأطباء في المغرب، حيث انتقل عددهم من 9923 في سنة 1997 إلى 12955 طبيبا في سنة 2001، ليبلغ 16826 طبيبا (جميع التخصصات) في سنة 2006. مع ملاحظة النمو الذي تعرفه الممارسة الطبية في القطاع الخاص، والتي يبرزها عدد الأطباء الذي يقارب نظيره في القطاع العام. وما يترتب عن ذلك من ارتفاع فاتورة العلاج، بالنسبة للفئات محدودة الدخل، خصوصا إذا ربطنا ذلك بمستويات التغطية الضعيفة (مستويات التأمين).

أما بالنسبة للجزائر، فإن حجم المجهودات المبذولة، تبرزها وتيرة التكوين التي كانت متسارعة، بحيث انتقل عدد الأطباء، في القطاعين العام والخاص، في ظرف عشر سنوات (1970– 1980) من 1760 إلى 8512 طبيبا[2]، لينتقل عددهم إلى 28344 طبيبا في سنة 1997، ثم 33654 طبيبا في سنة 2001، ليقفز هذا العدد إلى 37720 طبيبا في سنة 2004[3] لعدد سكان بلغ حدود 33,8 مليون نسمة في الفاتح جانفي 2007، حسب تقديرات الديوان الوطني للإحصاء. وهو ما يبرز حجم المجهودات الكبيرة التي تبذلها الجزائر، في مجال التكوين، وضمان مستويات مقبولة للتغطية الطبية.

وتبرز المعطيات السابقة الذكر، التفاوت الكبير بين هذين البلدين (الجزائر والمغرب) في مجال التكوين، رغم التقارب من حيث عدد السكان، والمساحة الجغرافية. وبالإضافة إلى ذلك فإن التباين في حجم المجهودات المبذولة، يتجسد أيضا في الفوارق المسجلة في مستويات التغطية الطبية. بحيث يشير تقرير برنامج الأمم المتحدة الإنمائي (PNUD)[4] في

---

(1) *Royaume du Maroc, Ministère de la santé, santé en chiffres 2007, direction de la planification et des ressources financières, op.cit, p 15.*
(2) *ONS. Algérie, Rétrospective statistique , 1970 – 1996, édition 1999 , p37.*
(3) *ONS, L'Algérie en quelques chiffres , No 37 , résultats 2004-2006 ,édition 2008,op.cit, p 19 .*
(4) *PNUD, Rapport mondial sur le développement humain 2007- 2008, La lutte contre le changement climatique, un impératif de solidarité humaine dans un monde divisé. op.cit.*

هذا الإطار أن مستويات التغطية قد بلغت في الجزائر 113 طبيبا لكل 100 ألف نسمة، 134 طبيبا لكل 100 ألف نسمة في تونس، في حين أنها تبلغ فقط 51 طبيبا لكل 100 ألف نسمة في المغرب. في حين تشير المعايير الدولية، أن الدولة تعتبر نامية إذا كان مؤشر التغطية الطبية هو طبيب واحد لكل 1000 نسمة.

وحسب المقارنة التي أبرزها التقرير الاقتصادي العربي الموحد لسنة 2007[1]، فإنها تبين التفاوت المسجل بين الدول العربية فيما يتعلق بمؤشر عدد الأطباء لكل 100 ألف نسمة خلال الفترة 1995-2004. فهذا المؤشر يرتفع في ست دول، حيث يزيد عدد الأطباء فيها عن 200 طبيب لكل 100 ألف نسمة. وتأتي في الترتيب حسب ارتفاع المؤشر، لبنان، مصر قطر، البحرين، الأردن، والإمارات. ويتراوح عدد الأطباء بين 100 و200 طبيب لكل 100 ألف نسمة في كل من الكويت، عمان، فلسطين، سورية، السعودية، ليبيا، الجزائر وتونس. بينما ينخفض هذا المؤشر عن 50 طبيبا لكل 100 ألف نسمة في خمس دول عربية وهي اليمن، السودان، جيبوتي، موريتانيا، والصومال. أما في المغرب فقدر المؤشر حسب نفس التقرير بـــ 51 طبيبا لكل 100 ألف نسمة.

وتبين الإحصائيات الواردة في نفس التقرير النقص الكبير الذي كانت تعانيه البلدان المغاربية في ميدان التغطية الطبية، والتي كانت تقدر في سنة 1970 بـــ 17 طبيبا لكل 100 ألف نسمة في تونس، 12 طبيبا لكل 100 ألف نسمة في الجزائر، في حين بلغ هذا المؤشر في المغرب 08 أطباء فقط لكل 100 ألف نسمة في نفس السنة.

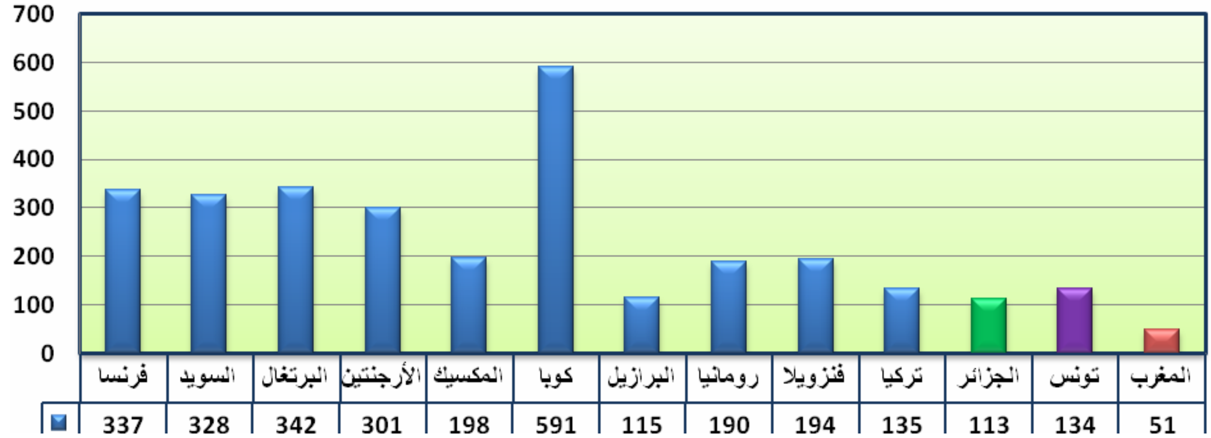
ورغم التحسن الكبير الذي عرفته مستويات التغطية الطبية، وبدرجات متفاوتة، فإن التحدي ما زال كبيرا أمام البلدان المغاربية لتحسين أداء هذا المؤشر، وبخاصة المغرب الذي صنف من قبل المنظمة العالمية للصحة ضمن الدول النامية التي تعاني من ضعف كبير في مجال الموارد البشرية الصحية، والذي انعكس بشكل سلبي على مؤشرات التغطية بالنسبة لعمال السلك الطبي، وشبه الطبي.

مقارنة انجازات الدول المغاربية، في مجال التغطية الطبية، مع تلك المسجلة في البلدان المتطورة، والبلدان ذات التنمية الاقتصادية الشبيهة، تبرز العمل الكبير الذي ما زال ينتظرها، وهو ما توضحه معطيات الشكل الموالي.

---

[1] التقرير الاقتصادي العربي الموحد لسنة 2007، مرجع سبق ذكره.

جدول رقم (34): مؤشر عدد الأطباء لكل 100 ألف نسمة في دول مختارة 2000-2004



المصدر: الجداول الإحصائية الواردة في:

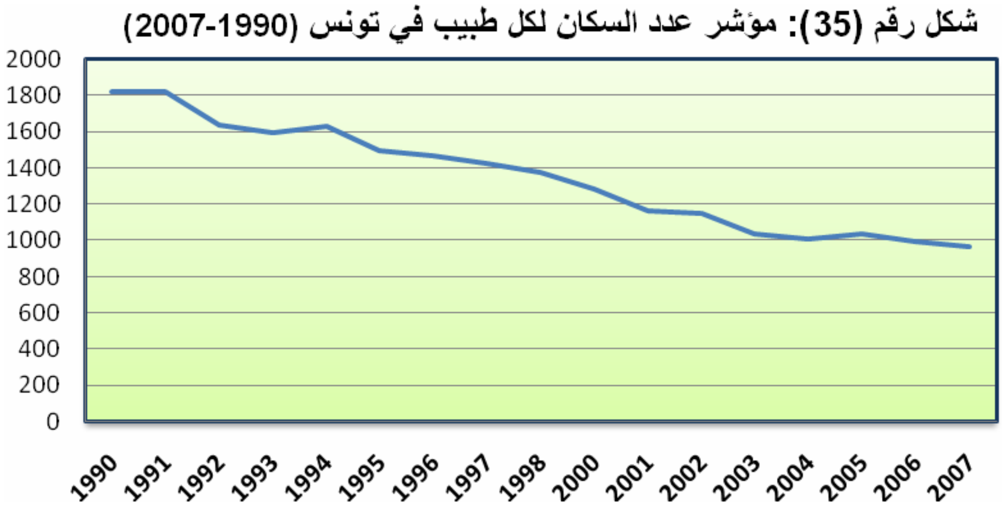
PNUD, Rapport mondial sur le développement humain 2007- 2008, La lutte contre le changement climatique, un impératif de solidarité humaine dans un monde divisé. op.cit.

إن معطيات الجدول السابق، تظهر المستويات المتقدمة التي بلغتها العديد من الدول وهو ما يكرس ظاهرة التفاوت المسجلة على المستوى الدولي، في ميدان التغطية الطبية ومدى توفر الموارد البشرية، الكفيلة بضمان تقديم الخدمات العلاجية للسكان.

ورغم الجهود التي تبذلها البلدان المغاربية، لضمان التغطية الصحية، فإن هذا المؤشر لا يزال يسجل تفاوتا كبيرا داخل كل دولة، تبرزها المستويات المسجلة بين المناطق الحضرية، والريفية خاصة. وكما ذكرنا سابقا، فإن جهود البلدان المغاربية، يجب أن توجه إلى الرفع من مؤشر التغطية الطبية، من جهة، والعمل على ضمان شمولية الخدمات المقدمة، من جهة أخرى، بسبب الفوارق الكبيرة في هذا المؤشر على مستوى المناطق داخل الدولة الواحدة.

3-2-1-1 مستويات التغطية في تونس :

إن الهياكل الصحية القاعدية تغطي بشكل كاف المناطق الريفية في تونس، غير أن التفاوت في مستويات التغطية الطبية، وعرض الخدمات العلاجية ما زال مستمرا بين المناطق الشرقية والغربية. مما يمثل تحديا للسياسة الصحية الوطنية لمواجهة مثل هذه الاختلالات، وكذا الاستجابة لمتطلبات كبار السن والاحتياجات الجديدة للسكان الناتجة عن ظاهرة التمدن، والتحولات التي طرأت على مستوى، وأنماط معيشة السكان. وتتجسد المجهودات المبذولة من خلال تطور جملة من المؤشرات، على رأسها مؤشر التغطية الطبية



المصدر: *INS Tunisie , statistiques économiques et sociales de la Tunisie, www.ins.nat.tn*

توضح معطيات الشكل السابق التطور الذي عرفه هذا المؤشر في تونس، حيث انتقل من 1825 نسمة لكل طبيب واحد في سنة 1990، إلى 1284 نسمة في سنة 2000، ليقدر في سنة 2007 بطبيب واحد لحوالي 968 نسمة على المستوى الوطني. وهو ما يبين التحسن الكبير الذي عرفه هذا المؤشر، بفضل سياسات التكوين التي ميزت هذا القطاع.

وتعتبر الدولة هي المسئولة الأولى عن تقديم الخدمات الصحية. لكن الملاحظ أن دور القطاع الخاص بدأ في التنامي في السنوات الأخيرة، بحيث في الفترة (1987 –2000) فإن العيادات الخاصة، وعدد الأسرة الطبية قد تضاعفت في القطاع الخاص، فانتقلت العيادات من 28 إلى 70 عيادة خاصة خلال الفترة المذكورة. وأصبح الأطباء في القطاع الخاص يمثلون 45% من إجمالي عدد الأطباء، بعد أن كانوا يمثلون فقط 25% في سنة 1978. و إذا بقيت اتجاهات النمو بهذه الوتيرة، فإن عدد الأطباء الخواص سيتجاوزون نظرائهم في القطاع العمومي بحلول عام 2015[(1)].

وتجدر الإشارة إلى ازدواجية الممارسة الطبية للأخصائيين في القطاعين العام والخاص. ففي سنوات الثمانينيات، تم السماح لأساتذة الطب بالممارسة الحرة، بعد منتصف النهار، مرتين خلال الأسبوع، على مستوى العيادات الخاصة. وهو ما أدى إلى نمو نشاط هذه العيادات. وبعد القرار المتخذ في سنة 1987، والمتعلق بإلغاء نظام الممارسة الجزئية في القطاع الخاص، فقد أدى ذلك إلى مغادرة العديد من الأخصائيين للقطاع العمومي، إلى العيادات الخاصة، وتوجيه المرضى إليها. هذه العيادات المتعددة الاختصاصات، غير

---

(1) *Bureau de L'UNICEF en Tunisie, La situation des enfants en Tunisie, analyse et recommandations, 2004, p 49.*

مسموح لها بالتوظيف المباشر للأطباء الجراحين، في حين تقوم بكراء تجهيزاتها لهؤلاء الأخصائيين، الذين يقومون بتحرير فاتورة أتعابهم إلى المرضى، مع ممارسة النشاط في العديد من هذه العيادات[1].

ومنذ سنة 2001، فإن مشاريع إنشاء العيادات الخاصة، لم تعد تخضع لنظام الموافقة المسبقة لوزارة الصحة التونسية. ولكن على المستثمر، في هذا القطاع، أن يتعهد باحترام دفتر الشروط للوزارة المعنية. كما أن استيراد التجهيزات الطبية، المعفاة من الضرائب، يمر من خلال الحصول على الاعتماد من وكالة ترقية الصناعة [2]

وكما هو الشأن في البلدان المغاربية، فإن تنامي دور الممارسة الطبية الحرة في تونس تطرح إشكالية التفاوت في نوعية الخدمات العلاجية التي يقدمها كلا القطاعين، إضافة إلى مسألة التكاليف المرتبطة بنشاطات القطاع الخاص. هذه المعطيات تطرح إشكالية الإنصاف بين فئات المجتمع، في الحصول على الخدمات العلاجية. غير أن المنافسة بين هذين القطاعين من شأنها أن تؤدي إلى نوعية أفضل للخدمات المقدمة، وبما يضمن تحقيق وتجسيد العلاقة الجوهرية "النوعية/السعر"، مع ضرورة العمل على تجسيد مبدأ العدالة، في استفادة جميع شرائح المجتمع من هذه الخدمات العلاجية المقدمة.

3-2-1-2 مستويات التغطية في الجزائر :

إن الاختلال الذي يميز توزع السكان في الجزائر، إضافة إلى التأخر المسجل في مجال التحول الديموغرافي، وكذا المؤشرات الاجتماعية والاقتصادية، كل هذه العوامل أدت إلى ضعف نسبي في النتائج المحققة، في إطار السياسة الجهوية المنتهجة في الميدان الصحي.

وقد انتقل مؤشر التغطية الطبية على المستوى الوطني إلى 858 نسمة لكل طبيب في سنة 2004، مقابل 887 نسمة لكل طبيب في سنة 2002[3].غير أن المناطق النائية في الجزائر، والتي تمتاز غالبا بتباعد سكانها، هي التي بقيت تسجل مؤشرات صحية سلبية مقارنة مع تلك المسجلة في المناطق الحضرية. كما أن تسارع ظاهرة التمدن، والطريقة التي تمت بها في بعض المناطق، لم تواكبها تواجد المنشآت الصحية، والموارد البشرية الكفيلة بضمان الخدمات الصحية. ورغم المنشآت الصحية، التي حاولت الجزائر تقريبها أكثر من السكان، فإن مستويات التغطية الصحية ظلت متفاوتة بين مناطق الوطن، خصوصا في

---

(1) *Marc Lautier, Les exportations de services de santé des pays en développement, Le cas Tunisien, Agence Française de développement, No 25, décembre 2005, p 34.*

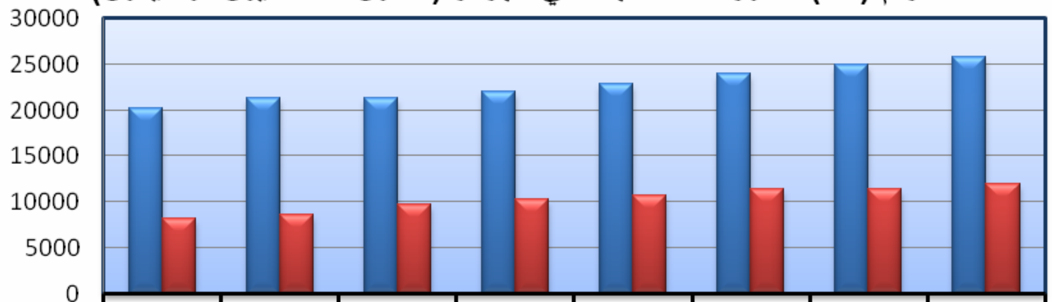
(2) *IDEM*

(3) *ONS, L'Algérie en quelques chiffres, No 37, résultats 2004-2006, édition 2008.op.cit, p 19.*

مناطق الجنوب، والهضاب العليا، و التي تعاني من نقص كبير في عدد الأطباء الممارسين وخاصة الأخصائيين منهم.

إن الإشكال الأول الذي يطرح في الجزائر، هو العدد المتنامي للأطباء في القطاع الخاص، والعيادات الخاصة. بحيث تصعب الاستفادة من الخدمات العلاجية التي تقدمها هذه الوحدات، بحكم تكاليفها المرتفعة، والتي لا تستطيع الأسر محدودة الدخل تسديدها. والجدول الموالي يوضح تطور هذه الفئة في كلا القطاعين.

شكل رقم (36): تطور عدد الأطباء في الجزائر (عامون، أخصائيون، ومقيمون)



	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
قطاع عمومي	20149	21271	21256	22007	22878	23967	24883	25738
قطاع خاص	8195	8699	9706	10325	10776	11401	11464	11982

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على المراجع التالية:

الموقع الالكتروني للديوان الوطني للإحصاء، الجزائر: *1- ONS Algérie.* ***www.ins.dz.***

2- ONS, L'Algérie en quelques chiffres, No 37, résultats 2004-2006, édition 2008, op.cit, p 19.

إن معطيات الجدول السابق توضح الدور المتنامي للأطباء الخواص، بحيث انتقل عددهم من 8195 إلى 11982 طبيبا بين سنتي 1997–2004. مع تنامي نشاط، وعدد الأخصائيين في القطاع الخاص. وبالإضافة لما ذكرناه، فإن مشكلة التغطية الطبية تطرح بحدة بين المناطق، وخاصة بالنسبة للأخصائيين[1].

هذه المشكلة لها انعكاسات سلبية من حيث التكفل باحتياجات السكان الصحية فالمنظومة الصحية الوطنية تعاني نسبيا من نقص في عدد الأخصائيين، إضافة إلى سوء توزيعهم جغرافيا . فقد انتقل عددهم من 14750 في سنة 2000، إلى 18422 طبيبا أخصائيا في سنة 2004[2]. هذه الظاهرة ساهمت في العجز الملاحظ على مستوى الوحدات الاستشفائية العمومية، وخاصة التخصصات الأساسية، مثل الطب الداخلي، طب الأطفال الجراحة العامة وأمراض النساء.

---

(1) *République Algérienne démocratique et Populaire, Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Population et développement en Algérie, Rapport National, op.cit, p 58.*

(2) *ONS, Annuaire Statistique de l'Algérie, No 22, résultats 2002-2004, édition 2006, p 83.*

إلى جانب هذه النقائص المسجلة، تضاف ظاهرة تزايد نشاط الأخصائيين، في السنوات الأخيرة، عبر العيادات الخاصة، وصعوبة تحمل تكاليف الخدمات التي تقدمها. وعدم فعالية السياسة التحفيزية للدولة، لتشجيع هؤلاء على ممارسة النشاط عبر مختلف مناطق الوطن وخصوصا تلك التخصصات الأساسية.

إن التوزيع الجغرافي للأطباء الأخصائيين في الجزائر يظهر الكثير من التفاوت واللامساواة. ويمكن التذكير في هذا الإطار، بأن المناطق الوسطى يتركز بها 52% من الأخصائيين، في حين أن مناطق الجنوب لا يتواجد بها سوى 4% من هذه الفئة.

والإحصائيات المتوفرة في هذا المجال، تبرز أكثر عدم التوازن في مستويات التوزيع فولاية العاصمة، التي تضم 8% فقط من إجمالي السكان، يتواجد بها 29% من إجمالي الأخصائيين. فإذا كان معدل التغطية الوطني هو طبيب أخصائي لكل 3000 نسمة، فإن التباين هو كبير جدا بين المناطق. ففي العاصمة وضواحيها يبلغ هذا المؤشر طبيبا أخصائيا لكل 860 نسمة في سنة 2005، في حين يقدر هذا المؤشر، بطبيب أخصائي واحد لكل 17000 نسمة في تيسمسيلت(1).

وإجمالا، نلاحظ أن عشر ولايات تحصل على تأطير يفوق المعدل الوطني المذكور في مجال الأطباء الأخصائيين. وفي الجهة المقابلة، فإن اثنتي عشرة (12) ولاية عبر التراب الوطني، تعاني من نقص كبير في مجال التأطير، بحيث بلغت مستويات التغطية فيها طبيبا أخصائيا واحدا لأكثر من 10.000 نسمة(2) .

وتجدر الإشارة أنه، على مستوى 31 ولاية، من أصل الــ 48 الموجودة على المستوى الوطني، فإن الأخصائيين يمارسون نشاطهم أكثر في العيادات الاستشفائية الخاصة، مقارنة بوحدات القطاع العمومي. فمستويات التأطير، من حيث الأخصائيين، في وحدات العلاج العمومية، وخاصة المستشفيات منها، تعاني ضعفا، مع تركز نشاط هذه الفئة في المراكز الاستشفائية الجامعية. والنتيجة هي أن العديد من هذه الوحدات الاستشفائية العمومية يتم تسييرها، وضمان الخدمات العلاجية فيها من قبل الأطباء العامون(3). هذه الوضعية تفسر سلوك الأفراد، وتوجههم بشكل مباشر نحو المراكز الاستشفائية، طلبا للخدمات العلاجية بفعل

---

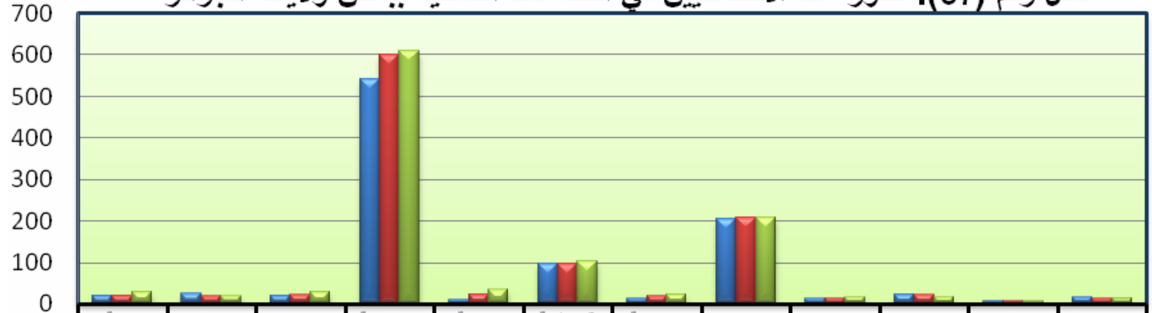
(1) *Brahmia Brahim, le système de santé algérien dans la transition, Revue santé Décision Management SDM, Les nouvelles organisations des systèmes de santé, volume 11- n° 3-4, édition Lavoisier, Paris, 2008, p 13.*

(2) *République Algérienne démocratique et Populaire, Ministère de la santé, de la population et de la reforme hospitalière, La Santé des Algériennes et des Algériens, Décembre 2004, op.cit, p 89.*

(3) *IDEM.*

تواجد وتركز نشاط الأخصائيين، إضافة إلى مختلف التجهيزات الطبية. ويمكن تدعيم ما ذكرناه، من خلال الجدول الموالي الذي يوضح توزع الأخصائيين في القطاعات الصحية عبر بعض الولايات في الجزائر.

شكل رقم (37): تطور عدد الأخصائيين في القطاعات الصحية ببعض ولايات الجزائر



	باتنة	تمنراست	تيارت	العاصمة	الجلفة	قسنطينة	المسيلة	وهران	البيض	إليزي	تندوف	تيسمسيلت
2002	20	24	20	541	9	96	12	204	13	23	6	15
2003	20	19	21	600	23	97	19	206	13	22	7	13
2004	29	19	29	609	34	102	23	208	16	16	6	14

المصدر: *ONS Algérie, Annuaire Statistique de l'Algérie, N 22, résultats 2002-2004, op.cit, pp: 84 - 86.*

يظهر الشكل عدم التوازن في توزيع الموارد البشرية بين مختلف المناطق في بلادنا، وهي حالة الأطباء الأخصائيين الذين يتركز غالبيتهم في المدن الكبرى شمال البلاد. فعلى سبيل المثال، فإن ولاية الجزائر يتواجد بها 29% من إجمالي الأخصائيين، 32% أخصائيو القطاع العام و23% من أخصائيي القطاع الخاص[1]. إن التفاوت المسجل في مستويات التغطية، وتقديم الخدمات العلاجية الضرورية، يدعمها أكثر التقرير الصادر عن المعهد الوطني للصحة العمومية، في نوفمبر من سنة 2007.

جدول رقم (40): معدلات الفحص الطبي للسكان في الجزائر 2005

		طبيب عام	أخصائي	ممرض	الطب التقليدي	آخرون
حسب الوسط	الحضر	81,64	**16,27**	0,40	0,57	1,10
	الريف	87,73	10,88	0,46	0,71	0,18
حسب المناطق	التل	82,55	15,95	0,15	0,42	0,90
	الهضاب العليا	84,12	14,48	0,38	0,42	0,58
	الجنوب	**93,29**	**0,82**	**2,67**	**2,86**	0,33
	المجموع	83,89	14,28	0,42	0,62	0,76

المصدر:

République Algérienne démocratique et Populaire, Ministère de la santé, de la Population, et de la Réforme Hospitalière, Institut National de Santé Publique, Transition épidémiologique et système de santé, Projet TAHINA (contrat n° ICA3-CT-2002-10011), Enquête Nationale Santé, Novembre 2007.p41

---

(1) *République Algérienne démocratique et Populaire, Ministère de la santé, et de la population, Développement du système national de santé, stratégie et perspectives, mai 2001, p 21.*

إن معطيات الجدول، توضح أنه في 83,89% من الحالات، فإن الطبيب العام هو الذي يضمن الفحص الطبي بالدرجة الأولى، مقابل 14,28% بالنسبة لاستشارة الأخصائيين. مع ملاحظة أن هذه النسبة في الوسط الريفي تبلغ 87,73%. أما اللجوء إلى الطب التقليدي فتظهر النتائج شيوع هذه التقاليد في المناطق الجنوبية بنسبة 2,86%.

أما الفحص لدى الأخصائيين، فتبين نتائج التحقيق تباينا واضحا بين المناطق. فعلى مستوى الجنوب، فإن نسبة الفحص لا تتعدى 0,82%، مما يدعم فكرة النقص الكبير الذي تعانيه هذه المناطق، فيما يتعلق بنشاط هذه الفئة.

إن غياب نظام فعال للأجور، وضعف أساليب التحفيز، وغيرها، تعتبر من الأسباب الهامة التي ساهمت في رحيل أعداد كبيرة من الأخصائيين إلى القطاع الخاص، أو إلى خارج الوطن. هذه الوضعية جعلت الجهات المعنية، انطلاقا من سنة 2000، تتخذ جملة من الإجراءات المخففة، والمنتظمة، منها ما اتخذ بشأن نظام الخدمة الوطنية، من أجل تحسين مستويات التغطية الطبية، التي تعاني منها المناطق المحرومة بالخصوص. ومن بين الإجراءات أيضا السماح للأخصائيين، في إطار النشاطات التكميلية، بالممارسة في القطاع الخاص. لكن هذه الإجراءات المحفزة، والهادفة إلى خلق التكامل بين القطاعين العام والخاص، قد أدت، في نهاية المطاف، إلى تدهور أكثر في مستويات الأداء، مع بقاء نشاط هؤلاء الأخصائيين متركزا بالأساس في المدن الكبرى، والتجمعات ذات الكثافة السكانية المرتفعة[1]. هذا النشاط التكميلي للأخصائيين في القطاع الخاص لا يستفيد منه سوى الأطباء الذين اختاروه، مما خلق أعباء إضافية على الأطباء الآخرين، دون أن تكون هناك استفادة فعلية للمرضى، بسبب طول فترات الانتظار للمواعيد الممنوحة على مستوى المنشآت العمومية. تضاف إلى ذلك مشكلة التكاليف المترتبة عن الخدمات العلاجية المقدمة على مستوى العيادات الاستشفائية الخاصة، والتي تضاعفت بشكل كبير، مقارنة بنظام التعويضات على مستوى الضمان الاجتماعي التي بقيت مجمدة منذ سنة 1987.

أما من حيث عدد الأطباء الممارسين، فتظهر المعطيات اختلالا لصالح القطاع الخاص بالنظر لمستويات التغطية، وعدد المنشآت الصحية العمومية المنتشرة عبر التراب الوطني. بحيث يشهد القطاع العام رحيل الكفاءات الطبية، وعلى وجه التحديد الأخصائيون، لفائدة

---

(1) *République Algérienne démocratique et Populaire, Ministère de la santé, et de la population, Développement du système national de santé, stratégie et perspectives, op. cit, p 21.*

القطاع الخاص، الذي يتركز نشاطه بالأساس في المناطق الشمالية، وفي تخصصات محدودة فقط. هذه الوضعية من شأنها التأثير على نوعية العلاج، وكذا مبدأ العدالة على مستوى منظومة العلاج. وبالإضافة إلى ذلك، فإن المردودية الاقتصادية التي يبحث عنها القطاع الخاص، تترك للقطاع العام مسئولية التكفل بأعباء الأمراض المزمنة، والمكلفة(1).

إن النشاط الأساسي للعيادات الصحية الخاصة، يتركز في بعض التخصصات العلاجية ذات المردودية التجارية العالية (كالجراحة وغيرها)، مع الحرص على التواجد في المناطق ذات الكثافة السكانية، وتستقبل فئة المرضى القادرين على الدفع. وهو ما يخلق ازدواجية في المنظومة الصحية الجزائرية، وقد تؤدي إلى حصر الدور الريادي للمستشفى العمومي.

إن إصلاح المنظومة الاستشفائية قد أصبح ضرورة ملحة. فالضعف الذي يميز اليوم مختلف جوانب التنظيم، التسيير، وتمويل المنشآت العمومية للصحة، جعل الحكومة الجزائرية تسجل مسألة الإصلاح الاستشفائي ضمن أولوياتها. والهدف الأساسي من عمليات الإصلاح هذه، هو سعي الوزارة الوصية مع الشركاء المعنيين، إلى تلبية الاحتياجات الصحية للأفراد بصورة عادلة، وبتكاليف مالية يمكن تحملها.

ويعتبر المستشفى العمومي محور المنظومة العلاجية في الجزائر، وعنصرا أساسيا في مجال الحماية الاجتماعية، وذلك بالنظر لأهمية الدور الذي يلعبه بحكم الإمكانيات المالية والبشرية المسخرة له. غير أنه في السنوات الأخيرة، أصبح هذا المستشفى عرضة للكثير من الانتقادات، تمثلت بالخصوص في ضعف نوعية الخدمات العلاجية المقدمة، في ظل تزايد احتياجات، ومطالب السكان، بفعل التحول الديموغرافي والمرضي الذي تعرفه بلادنا.

لقد كانت الوضعية الصحية في الجزائر تتميز بشيوع الأمراض المتنقلة، والتي تم السيطرة عليها إلى حد كبير بفضل فعالية، وشمولية برامج التلقيح الوطنية ضد العديد من الأمراض، مما سمح بتخفيض معدلات الوفيات المرتبطة بذلك. غير أن الملفت للانتباه هو التحول الوبائي الذي تشهده الجزائر منذ أكثر من عشريتين، مع تغير في المشاكل الصحية المطروحة بفعل تنامي الأمراض غير المتنقلة. وكما هو معروف، فإن التحول الديموغرافي والوبائي، سيكون له تأثير كبير على تكاليف الصحة في السنوات المقبلة، كل ذلك يجعل

(1) *Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Rapport préliminaire du conseil national de la réforme hospitalière : les préalables et les actions urgentes, p 09.*

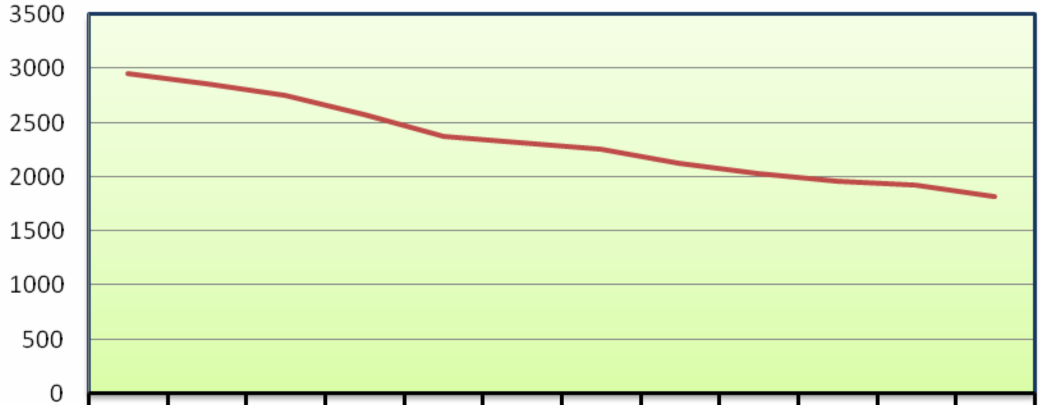
المنشآت الصحية أمام ضغوطات جديدة للاستجابة لهذه التحولات. وهو ما يستوجب تحضير المستشفيات، على وجه الخصوص، لمواجهة مثل هذه التحديات الجديدة.

3-2-1-3 مستويات التغطية في المغرب:

فبالنسبة للمغرب، البلد المغاربي الذي يعاني من ضعف كبير في هذا المؤشر، فإننا نلاحظ أن مسألة التكوين، وعملية التأطير في المنظومة الصحية المغربية، لا تخضع لمعايير مدروسة، مما يصعب من مهمة تحديد الاحتياجات اللازمة من الموارد البشرية.

فهذه الموارد (الأطباء)، إضافة إلى عدم كفايتها من الناحية العددية، فإن توزيعها هو جد متفاوت بين مناطق المملكة. وهو ما جعل المنظمة العالمية للصحة تدرج المغرب ضمن قائمة من 57 دولة، تعاني من ندرة حادة في العاملين الصحيين. ففي سنة 2006 فإن عدد عمال السلك الطبي، وشبه الطبي، الذين يقدمون العلاجات المباشرة لمجموع السكان، يبقى بعيد جدا عن المستوى الأدنى اللازم لضمان عرض الخدمات العلاجية المناسبة، من أجل التحسين المستمر للحالة الصحية.[1] فالمعطيات تشير إلى أن عدد الأطباء، أطباء الأسنان الصيادلة، الممرضين، القابلات، وبعض عمال شبه الطبي يمثلون إجمالا عدد 56615 عاملا أي بمعدل 1,86 مقدما للعلاج لكل 1000 نسمة. وهو ما يضع المغرب ضمن قائمة الدول التي تعاني من ضعف في كثافة الموارد البشرية للصحة، وهي توجد تحت العتبة الحرجة المقدرة بمعدل 2,3 مقدم علاج لكل 1000 نسمة[2].

شكل رقم (38): تطور مؤشر عدد السكان لكل طبيب (جميع التخصصات) في المغرب



	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
عدد السكان لكل طبيب	2950	2857	2752	2579	2370	2316	2252	2123	2038	1961	1924	1822

المصدر : تم إعداد الشكل اعتمادا على:
Royaume du Maroc, Ministère de la santé, santé en chiffres 2007, op.cit, p 15

(1) *Royaume du Maroc, Ministère de la santé, Santé- vision 2020, année 2007, p 23.*
(2) *IDEM*

معطيات الشكل البياني السابق توضح العجز الكبير المسجل في مستويات التغطية الطبية رغم التحسن الذي طرأ على هذا المؤشر على المستوى الوطني، بحيث انتقل من طبيب واحد لكل 2950 نسمة في سنة 1995، إلى طبيب لكل 2316 نسمة في سنة 2000 ليقدر في سنة 2006 بطبيب واحد لكل 1822 نسمة. وهذه الأرقام تبقى بعيدة جدا عن تلك المسجلة في كل من الجزائر وتونس.

ففي الوقت الذي بلغ فيه مؤشر التغطية، على المستوى الوطني ككل، طبيبا واحدا لكل 1845 نسمة، في سنة 2003، فإن مستويات التغطية بين المناطق متفاوتة جدا، حيث بلغت طبيب لكل 600 نسمة في منطقة الرباط، مقابل طبيب واحد لكل 4361 نسمة في مناطق أخرى.[(1)] والشكل الموالي يوضح تطور هذا المؤشر في المغرب.

وبالإضافة إلى نقص، وندرة الأطباء في المغرب، تحاول الجهات الوصية تصحيح حالة عدم التكافؤ في توزيع الأطباء عبر مختلف مناطق البلاد. فقد ورد في إحصائيات رسمية أن من أصل عدد الأطباء الذين يعملون حاليا في القطاعين العام والخاص، يعمل نصفهم تقريبا في الرباط، والدار البيضاء فقط. وهذا يعني أن متوسط الأطباء لعدد المرضى هو أسوأ بكثير في العديد من المناطق الأخرى. وخاصة المناطق الريفية التي تعاني، إضافة إلى ندرة الموارد البشرية، من صعوبات كبيرة في الوصول إلى الوحدات العلاجية بحكم المسافة الفاصلة بين هذه الوحدات الاستشفائية، وأماكن الإقامة. كما تعاني المناطق القروية من ندرة الأطباء المتخصصين بشكل حاد، بسبب عزوف هؤلاء في الغالب عن العمل في المراكز النائية. ويمكن إبراز بعض أشكال التفاوت، واللامساواة بين المناطق، والفئات الاجتماعية فيما يلي[(2)]:

- الفقراء من السكان محرومين تماما من مزايا التأمين الصحي.
- الحصول على الخدمات العلاجية يتفاوت، حسب مستويات الدخول. فأغلبية الفقراء يستعملون المصالح العمومية، في حين تفضل الطبقة الميسورة خدمات القطاع الخاص.
- المسافة التي يقطعها سكان الأرياف، للوصول إلى المراكز الصحية العمومية، هي 21 كيلومتر. و31 كلم للحصول على خدمات العيادات الخاصة. أما المسافة التي يقطعها

---

(1) *Wadjih Maazouzi et autres, Système de santé et qualité de vie, rapport thématique, cinquantenaire de l'indépendance du Royaume du Maroc, p 29.*

(2) *PNUD, Maroc; Rapport de développement humain 2005, Femmes et dynamiques du développement p 26.*

سكان المناطق الحضرية فتقدر بـــ 05 كلم، بالنسبة للمرافق الصحية العمومية، و11 كلم للوصول إلى العيادات الخاصة. كما أن نصف سكان المناطق الحضرية تقريبا، يمكنهم التنقل راجلين إلى أي مركز علاجي، أما سكان الأرياف، فإن هذه الإمكانية تتوفر لـــ 14% فقط منهم.

وإجمالا يمكن القول أن الديموغرافية الطبية في المغرب تعاني جملة من النقائص منها[(1)]:

- ضعف عدد الأطباء اللازم لضمان التغطية
- سوء التوزيع، وضعف مستويات التنظيم
- غياب التخطيط في تحديد الاحتياجات من عمال السلك الطبي.
- عدم مواكبة العرض لمستويات الطلب المتزايدة، وبالأخص مسألة الأطباء الأخصائيين.

ويمكن الإشارة إلى أن وتيرة التوظيف، خصوصا في القطاع العمومي، في السنوات الأخيرة لم تكن بالمستوى الذي يمكن معه تحسين مستويات التغطية، ولا تعويض أولئك المحالين على التقاعد. ويمكن التذكير بأن المتوسط السنوي لتكوين الأطباء الأخصائيين يقدر بـــ 500 أخصائي منذ سنة 2002. هذه الوتيرة في التكوين، لا تسمح سوى بالمحافظة على مستويات العرض الحالي من الأخصائيين خلال العشرية القادمة[(2)].

إن ضعف المجهودات المبذولة من قبل القطاع العام، والنمو السريع الذي يعرفه القطاع الخاص، ساهم إلى حد كبير في ضعف وتفاوت مستويات الحصول على العلاج، وكرس أكثر اللامساواة بين فئات المجتمع، وخاصة المحرومة منها. فالمشكلة الأساسية تكمن في ضعف نوعية الخدمات المقدمة في الوحدات الاستشفائية التابعة للقطاع العام، وصعوبة الحصول عليها. ومن جهة أخرى، صعوبة الحصول وطلب العلاج في الوحدات الاستشفائية الخاصة، بسبب التكاليف المرتفعة، وضعف مستويات التأمين الصحي (الضمان الاجتماعي) التي تعاني منها غالبية السكان في المغرب.

إن الدور المتنامي للقطاع الخاص، تبرزه المستويات المتقاربة مع القطاع العام في مجال التغطية. فقد انتقلت من 08 أطباء خواص لكل 100.000 نسمة سنة 1985، إلى حوالي

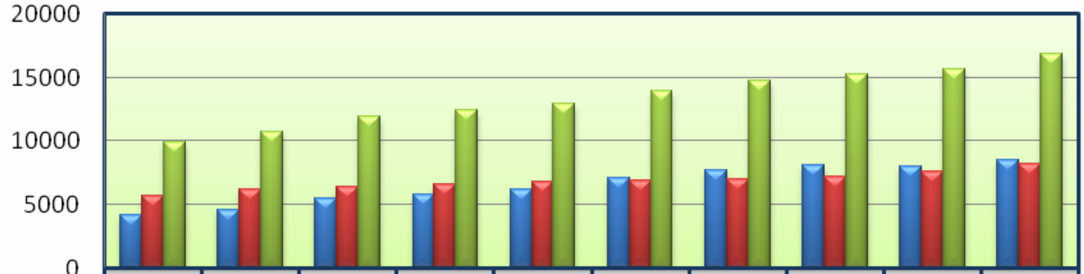
[(1)] *Wadjih Maazouzi et autres, Système de santé et qualité de vie, rapport thématique, op.cit, p 29*
[(2)] *Royaume du Maroc , Ministère de la santé, Santé- vision 2020, année 2007, op.cit, p 24.*

24 طبيبا خاصا لكل 100.000 نسمة سنة 2002. في حين انتقل هذا المؤشر لدى أطباء القطاع العام، في نفس الفترة، من 6,7 إلى 23,2 طبيب خاص لكل 100.000 نسمة[(1)]. وتشير الإحصائيات الخاصة بسنة 2006، أن هذا المؤشر قد بلغ حوالي 27 طبيبا خاصا، لكل 100.000 نسمة، مقابل 28 بالنسبة للأطباء العاملون في القطاع العام لكل 100.000 نسمة[(2)].

إن التوزيع الجغرافي، والجهوي لمقدمي العلاج بشكل عام (الأطباء، الصيادلة الممرضين...) يظهر التركز الكبير لهذه الفئة في المناطق الحضرية، والآهلة بالسكان. فنسبة 22% من الممارسين في القطاع العام، يتمركزون في مناطق الدار البيضاء، والرباط التي يعيش فيها 20% من إجمالي السكان. كما يتركز في هاتين المنطقتين 50% من الأطباء الذين ينشطون في القطاع الحر[(3)].

ورغم التحسن الايجابي في عدد الأطباء، فإن مستويات التغطية في هذا المجال تبقى بعيدة عما هو مطلوب، ولا تستجيب لانشغالات السكان. ويمكن التذكير هنا بأنه قد تم غلق 200 منشأة من شبكة العلاج الصحي بسبب نقص الموارد البشرية في هذا المجال. فإذا كانت نسبة الأطباء الأخصائيين هي في حدود المتوسط المغاربي، فإن الطلب على بعض التخصصات تبقى كبيرة جدا مثل طب النساء، التخدير، تخصصات أمراض الكلى[(4)].

شكل رقم (39): تطور عدد الأطباء في المغرب (قطاع عام وخاص)



	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
قطاع عمومي	4193	4567	5476	5812	6160	7094	7723	8070	8051	8563
قطاع خاص	5730	6204	6431	6620	6795	6861	7039	7172	7644	8263
لمجموع	9923	10771	11907	12432	12955	13955	14762	15242	15695	16826

المصدر : تم إعداد الشكل اعتمادا على الإحصائيات الواردة في:

Royaume du Maroc, Ministère de la santé, santé en chiffres 2007, direction de la planification et des ressources Financières, op.cit, p 15

(1) *Royaume du Maroc, Haut commissariat au plan, Démographie Marocaine : tendances passées et perspectives d'avenir, rapport thématique, op.cit, p 91.*

(2) *Royaume du Maroc, Ministère de la santé, santé en chiffres 2007, op.cit, p 12.*

(3) *Royaume du Maroc, Ministère de la santé, Santé- vision 2020, année 2007, op. cit, p 23*

(4) *OMS, stratégie de coopération OMS – MAROC 2004- 2007, Bureau régional de la méditerranée Orientale, le Caire (Egypte), 2003, p 07.*

هذا الدور المتزايد للقطاع الخاص، لم يواكبه التوزيع العقلاني، والمتوازن لتلك العيادات الخاصة عبر المناطق الجغرافية. وقد بلغ عدد الأطباء الخواص 8263 طبيبا في جوان من سنة 2007، إلا أن التوزيع الجغرافي لهم يتم بصورة غير متناسقة، مع تركز نشاطهم في المدن الكبرى، وخاصة محور الرباط والدار البيضاء، أين يتواجد 20% من إجمالي السكان. فعلى سبيل المثال، فقد بلغ عدد الأطباء في الدار البيضاء وحدها 2681 طبيبا تابعين للقطاع الخاص، أي بنسبة بلغت حوالي 33% من إجمالي الأطباء الخواص في المملكة المغربية. في حين تعاني الكثير من المناطق من نقص كبير في عدد الأطباء الأخصائيين، وفي أحيان كثيرة انعدام تواجدهم، ونشاطهم[1].

مع الإشارة إلى أن الأخصائيين التابعين للقطاع الخاص قد بلغوا في سنة 2007 نسبة 52,1% من إجمالي الأطباء التابعين للقطاع الخاص. إلى جانب ذلك فإن نقص التأطير، وكذا توزع العيادات الخاصة وتركزها، يساهم بدوره في تكريس مسألة التفاوت بين المناطق الحضرية والريفية. تضاف إلى ذلك مشكلة الحصول على المنتجات الطبية، بسبب نقص الصيدليات في الوسط الريفي[2].

وفي ظل غياب الوسائل الكفيلة بتنظيم مستويات العرض (الخريطة الصحية، المخطط الجهوي لعرض العلاج)، وكذا ضعف التخطيط المحكم للموارد البشرية للصحة، يجعل من الصعب ترشيد مستويات العرض، وتلبية احتياجات مختلف المناطق، التي تعاني من العجز.

إن الموارد البشرية تمثل رهانا كبيرا في أي سياسة صحية، لكن الملاحظ في المغرب هو أن تنمية هذه الموارد لا تتماشى والاحتياجات الصحية، والعلاجية الناتجة عن تغير خريطة المرض، وكذا التحولات الديموغرافية التي يعرفها هذا البلد. وكمحصلة لذلك عدم فعالية الخدمات العلاجية المقدمة، ومعها صعوبة تحقيق مبدأ العدالة والإنصاف. وهو ما يستدعي ضرورة الربط بين طبيعة، ونوعية تكوين الموارد البشرية، من جهة، والاحتياجات المتنامية والجديدة للسكان. مع ضرورة تبني استراتيجيات وطنية مستقبلية في مجال تسيير الموارد البشرية، والسعي لتحقيق التكامل، والتنسيق الضروريين بين القطاعين العام

---

[1] للوقوف على مستويات توزيع الأطباء الخواص حسب التخصصات، وبين المناطق في المغرب، انظر:
Royaume du Maroc, Ministère de la santé, santé en chiffres 2007, op.cit, pp 64. ..69.

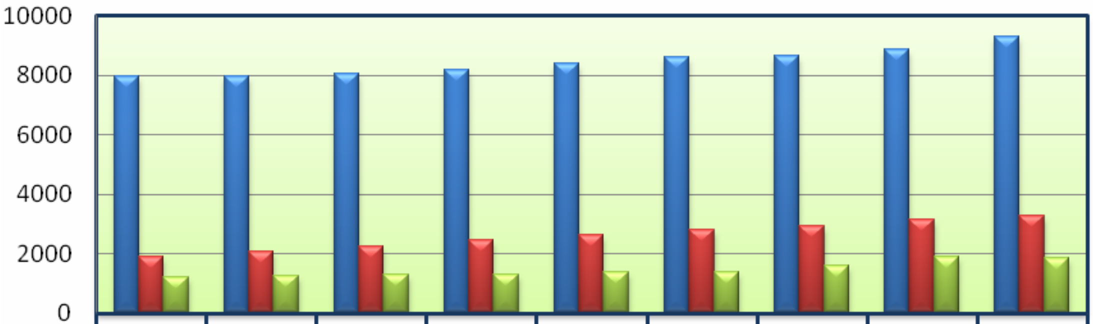
[2] *Wadjih Maazouzi et autres , Système de santé et qualité de vie , rapport thématique , cinquantenaire de l'indépendance du Royaume du Maroc , op.cit, p 26.*

والخاص، في مجال توفير الخدمات العلاجية الضرورية، وسهولة الوصول إليها بما يحقق منظومة صحية متكاملة.

3-2-2 تطور عدد أطباء الأسنان ومستويات التغطية في المغرب العربي:

عرفت هذه الفئة الثانية من عمال السلك الطبي، في الدول المغاربية الثلاث، نفس التباين السابق في اتجاهات نموها، مع ملاحظة أن وتيرة نموها كانت ثابتة خلال العشرية السابقة. ومقارنة بإنجازات الجزائر وتونس، يبقى المغرب يسجل مستويات متدنية في مجال التغطية من هذه الفئة، بحيث انتقل عدد أطباء الأسنان خلال الفترة (1997–2005) من 1902 إلى 3289 طبيب أسنان، في حين انتقل عددهم في الجزائر من 7966 إلى 8872 طبيب أسنان خلال الفترة (1997-2004)، أما الوضع على مستوى البلد المغاربي الثالث (تونس) فإن تطور عدد هذه الفئة من الأطباء قد انتقل من 1200 إلى 1858 طبيب أسنان خلال الفترة (1997–2006). ويمكن ملاحظة تطور حجم المجهودات المبذولة لضمان مستويات مقبولة في مجال التغطية، في البلدان المغاربية الثلاث، من خلال معطيات الشكل الموالي.

شكل رقم (40):تطور عدد أطباء الأسنان في بلدان المغرب العربي



	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
الجزائر	7966	7954	8062	8197	8408	8618	8651	8872	9277
المغرب	1902	2091	2261	2461	2627	2816	2944	3145	3289
تونس	1200	1276	1301	1315	1380	1394	1598	1889	1850

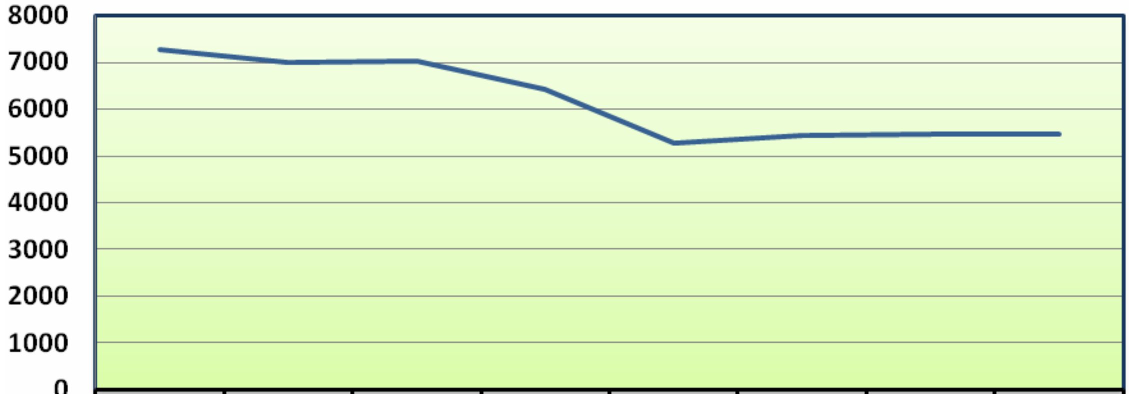
المصدر: من إعداد الباحث، اعتمادا على المصادر التالية:

1 / ONS Algérie, www.ons.dz
2 / ONS, L'Algérie en quelques chiffres, No 37, résultats 2004-2006, édition 2008. p 19
3 / INS Tunisie, www.ins.nat.tn.
4 / Royaume du Maroc, Ministère de la santé, santé en chiffres 2007, direction de la planification et des ressources financières, op.cit, p 15

مؤشر عدد السكان لكل طبيب أسنان في تونس، ورغم المساحة الجغرافية الصغيرة نسبيا وكذا عدد السكان فيها، فإن مستويات التغطية ظلت ضعيفة، وانتقلت من 7273 نسمة تقريبا لكل طبيب أسنان في سنة 2000، إلى 5447 نسمة لكل طبيب أسنان في سنة 2007.

وتبقى مسألة توزع نشاط هذه الفئة من الأطباء تشكل أحد انشغالات السلطات التونسية، في سيعيها لخلق نوع من التوازن الجهوي، واستفادة السكان من الخدمات العلاجية في هذا المجال. والشكل البياني الموالي يوضح تطور مؤشر التغطية في هذا المجال.

شكل رقم (41): مؤشر عدد السكان لكل طبيب أسنان في تونس (2000-2007)



	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
—	7272,6	7009,9	7017,1	6414,5	5258	5422	5450	5447

المصدر: الموقع الالكتروني للمعهد الوطني للإحصاء تونس:

Institut National de la statistique – Tunisie : www. ins.nat.tn

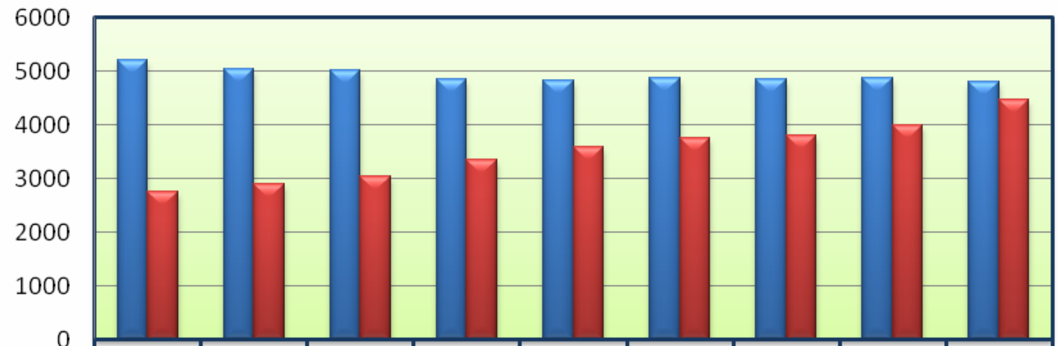
بالنسبة لحالة الجزائر، وبفضل السياسة الوطنية المتبعة في مجال التكوين، لتدارك النقص المسجل، فقد عرفت مستويات التكوين نموا متسارعا، مثلما توضحه الإحصائيات المتوفرة. فبعد أن كان عدد هذه الفئة لا يتعدى 255 طبيب أسنان في سنة 1970، منهم 84 أجنبيا، انتقل عددهم بشكل لافت في سنة 1980، إلى 1691 طبيب أسنان، من بينهم 114 أجنبيا. وبفضل الجهود التي بذلت لتحسين مستويات التغطية من هذه الفئة، فقد قفز العدد إلى 7199 في سنة 1990 منهم 10 أطباء أجانب فقط[1]. لينتقل عدد أطباء الأسنان في سنة 2004 إلى 8872 طبيب، موزعين بين القطاعين العام والخاص.

وتجدر الإشارة إلى أن عدد أطباء الأسنان، الذين يمارسون نشاطهم في القطاع العام هو أكثر مما هو ملاحظ في القطاع الخاص. غير أن السنوات الأخيرة تبرز بوضوح تسارع نشاط هذه الفئة في القطاع الخاص. بحيث بلغ عددهم 3987 طبيب أسنان في القطاع الخاص في سنة 2004، بعد أن كان عددهم لا يتعدى 2764 طبيبا في سنة 1997. هذه المعطيات جعلت نسبة الممارسين في القطاع الخاص تصل إلى حوالي 45% من العدد الإجمالي لهذه الفئة. هذه التطورات تبرزها معطيات الشكل البياني الموالي.

---

[1] *ONS Algérie, Rétrospective statistique, 1970 – 1996, édition 1999, p39*

شكل رقم (42): تطور عدد أطباء الأسنان في الجزائر (1997 -2005)



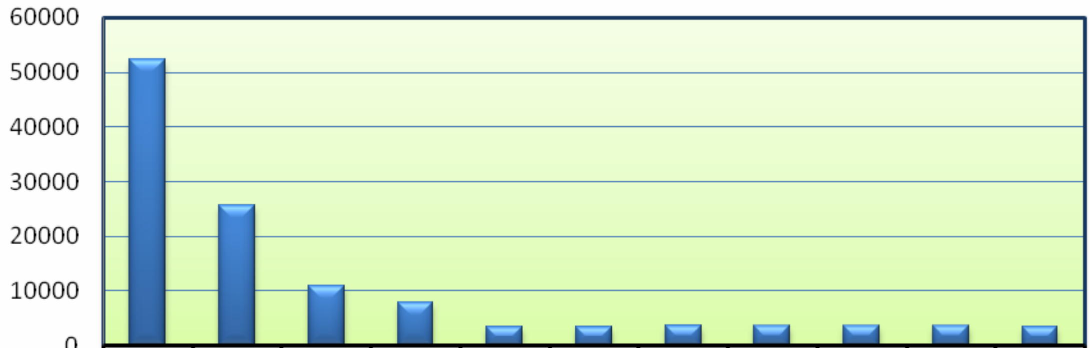
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
عمومي	5202	5053	5013	4851	4828	4871	4847	4885	4805
خاص	2764	2901	3049	3346	3580	3747	3804	3987	4472

المصدر: *1 / ONS Algérie, www.ons.dz*

2 / ONS, L'Algérie en quelques chiffres, No 37, résultats 2004-2006, édition 2008. p 19

وبالنسبة لمستويات التغطية الصحية، المتعلقة بأطباء الأسنان في الجزائر، فقد عرفت تحسنا كبيرا، مع تسجيلها لمستويات ثابتة نسبيا في السنوات الأخيرة، حيث بلغ هذا المؤشر 3546 نسمة لكل طبيب أسنان في سنة 2005، بعد أن قدر بـــ 52192 نسمة لكل طبيب أسنان في سنة 1970. مما يبرز حجم المجهودات المبذولة في مجالات التكوين.

شكل رقم (43): مؤشر عدد السكان لكل طبيب أسنان في الجزائر (1970 -2005)



	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2002	2003	2004	2005
عدد السكان لكل طبيب أسنان	52192	25556	11038	7950	3476	3483	3711	3639	3681	3660	3546

المصدر: *1 / ONS Algérie, www.ons.dz*

2 / ONS , L'Algérie en quelques chiffres , No 37 , résultats 2004-2006 ,édition 2008. p 19

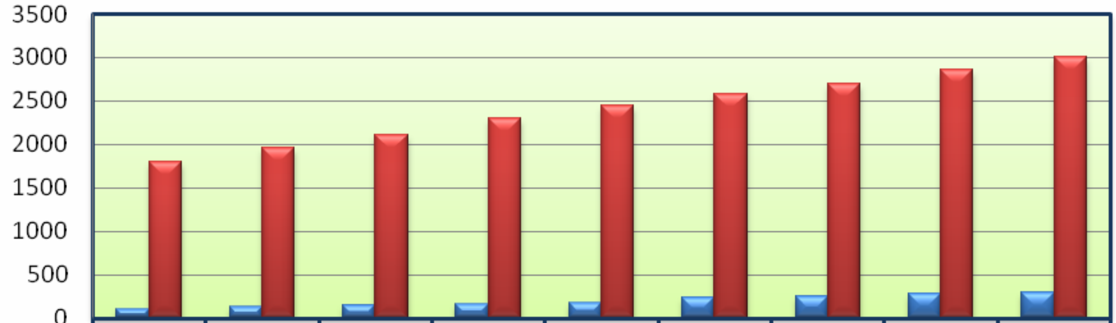
أما على مستوى توزع هذه الفئة عبر مناطق الوطن، فإن الإشكال يبقى مطروحا في الجزائر خصوصا في ظل رغبة الأطباء في ممارسة نشاطهم الخاص في المناطق الشمالية والتجمعات السكانية الكبرى. ومن جهة أخرى غياب، وضعف إستراتيجية وطنية ذات طابع تحفيزي لهؤلاء، في محاولة لخلق نوع من التوازن الجهوي في توزيع الموارد البشرية

الطبية، وتحقيقا لمبدأ العدالة والإنصاف، خصوصا في المناطق الفقيرة التي تبقى تسجل أضعف المؤشرات الصحية.

أما بالنسبة للمغرب، فإن عدد أطباء الأسنان، وبالإضافة إلى ضعف عددهم، فإن غالبية هؤلاء يمارسون نشاطهم في القطاع الخاص، بحيث بلغ عددهم 2998 من العدد الإجمالي في سنة 2005، مقابل 291 طبيب أسنان فقط في القطاع العمومي[1]، أي بنسبة فاقت 91% من إجمالي هذه الفئة. هذه المعطيات من شأنها أن تطرح تساؤلات كبيرة، تتعلق بمدى إمكانية استفادة السكان من هذه الخدمات، بسبب ضعف الإجراءات التحفيزية الرامية لتحقيق نوع من التوازن في توزع هذه الفئة عبر تراب المملكة. كما تطرح من جهة أخرى نوعية هذه الخدمات العلاجية المقدمة، خصوصا في المناطق الريفية، بحيث مازالت هذه الخدمات محدودة، وذات نوعية متدنية.

وتتفاقم أوجه القصور والاستفادة من خدمات الرعاية الصحية في المغرب بسبب تدني معدل تغطية التأمين الصحي، الذي لا يشمل سوى 28 في المائة من السكان. ومن المتوقع أن تؤدي الإجراءات المتخذة مؤخرا، لتوسيع نطاق نظام التأمين الصحي، إلى تحسين مؤشرات التغطية بشكل أحسن. وتبقى هذه الإجراءات تنتظر التفعيل، لتمكين الفئات الاجتماعية الأكثر فقرا، والمحدودة الدخل، من الاستفادة أكثر من نوعية وعرض العلاج.

شكل رقم (44): تطور عدد أطباء الأسنان في المغرب (القطاعين العام والخاص)



	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
قطاع عمومي	105	127	150	162	174	238	247	286	291
قطاع خاص	1797	1964	2111	2299	2453	2578	2697	2859	2998

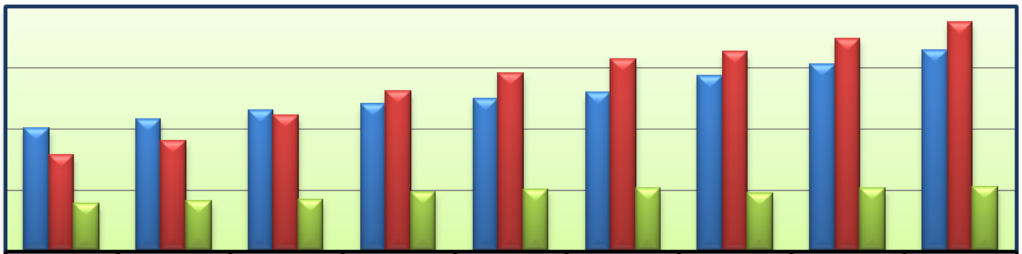
المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على الإحصائيات الواردة في:
Royaume du Maroc, Ministère de la santé, santé en chiffres 2007, direction de la planification et des ressources financières,op.cit, p 15

[1] *Royaume du Maroc, Ministère de la santé, santé en chiffres 2007, direction de la planification et des ressources financières, op.cit, p 15*

3-2-3 تطور عدد الصيادلة في بلدان المغرب العربي:

تشير مختلف الإحصائيات المتوفرة إلى النقلة النوعية التي سجلتها الدول المغاربية فيما يتعلق بعدد المتخرجين من هذه الفئة. وهو ما يبرز حجم المجهودات التي بذلتها هذه البلدان الثلاث في ميدان التكوين، في سعيها الدائم لضمان مستويات التغطية بالشكل المطلوب. بحيث بلغ عددهم 6567 صيدلي في الجزائر في سنة 2005، مقابل 7452 صيدلي في المغرب لنفس السنة، في حين بلغ عددهم في تونس 2255 صيدلي في سنة 2006. ويمكن توضيح تطور أعداد هذه الفئة من خلال معطيات الشكل البياني الموالي.

شكل رقم (45): تطور عدد الصيادلة في بلدان المغرب العربي



	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
الجزائر	4022	4299	4600	4814	4976	5198	5705	6082	6567
المغرب	3160	3599	4421	5236	5820	6255	6523	6923	7452
تونس	1567	1623	1690	1951	1998	2050	1879	2069	2114

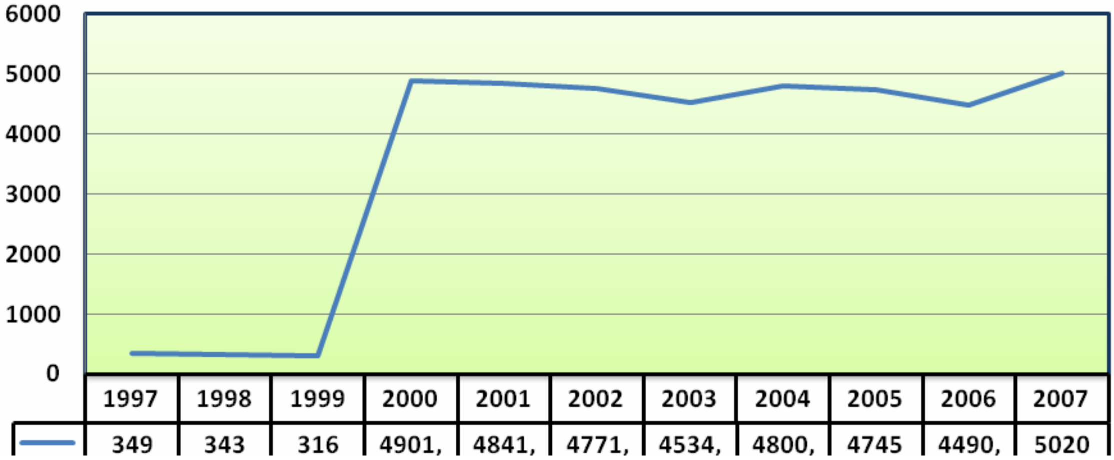
المصدر: تم إعداد الجدول اعتمادا على المراجع التالية:

*www.ons.dz**1** / ONS Algérie,*
***2** / ONS , L'Algérie en quelques chiffres,No 37, résultats 2004-2006,édition 2008. p 19*
***3** / INS Tunisie. www. ins.nat.tn*
***4** / Royaume du Maroc, Ministère de la santé, santé en chiffres 2007, op.cit, p 15*

إن توزع نشاط الصيدليات عبر المناطق في بلدان المغرب العربي يبرز بوضوح عدم توازنه، مما يعيق إمكانية وصول الأفراد إلى الدواء. ويمكن الوقوف على مدى توفر هذا النوع من الخدمات، من خلال مؤشر عدد السكان لكل صيدلي.

فبالنسبة لتونس، فإن مستويات التغطية تبدو الأحسن، بين البلدان المغاربية، رغم التراجع المسجل في مستويات التغطية، والتي انتقلت من صيدلي لكل 340 نسمة في سنة 1990، إلى مؤشر صيدلي لكل 4901,8 نسمة في سنة 2000، لينتقل هذا المؤشر إلى 4490,5 نسمة لكل صيدلي في سنة 2006. ثم عرف هذا المؤشر تراجعا جديدا في سنة 2007، ليبلغ صيدليا واحدا لكل 5020 نسمة، حسب الإحصائيات المقدمة من المعهد الوطني التونسي. وهو ما تبرزه معطيات الشكل البياني الموالي.

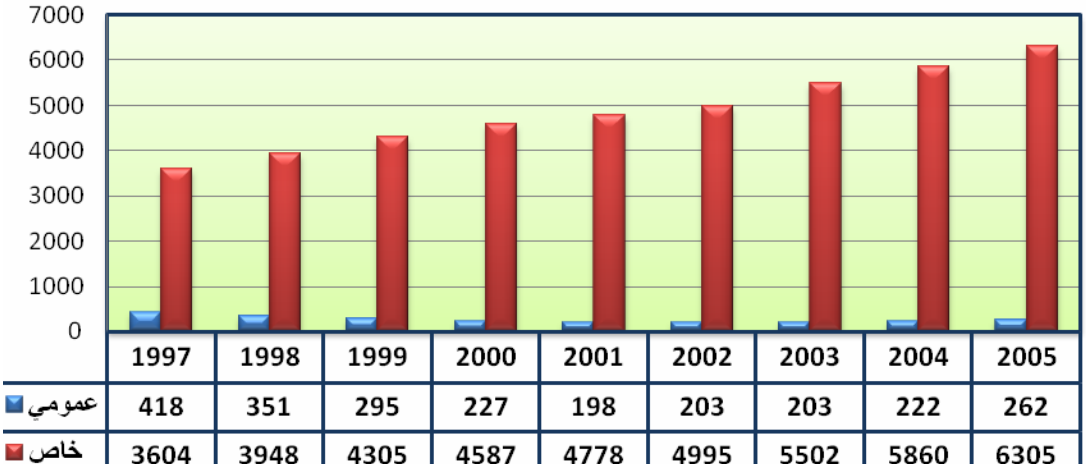
شكل رقم (46): مؤشر عدد السكان لكل صيدلي في تونس (1997-2007)



المصدر: الموقع الالكتروني للمعهد الوطني للإحصاء، تونس بتاريخ 2009/5/22: www.ins.nat.tun

وبحكم طبيعة هذا التخصص، يجدر التذكير هنا بأن غالبية الصيادلة يفضلون ممارسة نشاطهم في القطاع الحر، مما يفسر إلى حد ما التواجد المحدود لفئة الصيادلة في القطاع العمومي. حيث سجل عددهم تراجعا ملحوظا في الجزائر إذا ما قارنا ذلك مع ما هو مسجل في القطاع الخاص، حيث انتقل عدد الصيادلة بين سنتي 1997- 2005 من 3604 إلى 6305 صيدلي ممارس في القطاع الخاص، في حين انخفض عددهم من 418 إلى 262 صيدلي يعملون في وحدات القطاع العمومي خلال نفس الفترة المذكورة. فالصيادلة الذين يمارسون في القطاع الخاص يمثلون حوالي 94% من العدد الإجمالي في الجزائر سنة 2005. ويمكن توضيح هذه المقارنة وفق معطيات الشكل الموالي.

شكل رقم (47): تطور عدد الصيادلة في الجزائر، قطاع عام وخاص (1997- 2005)



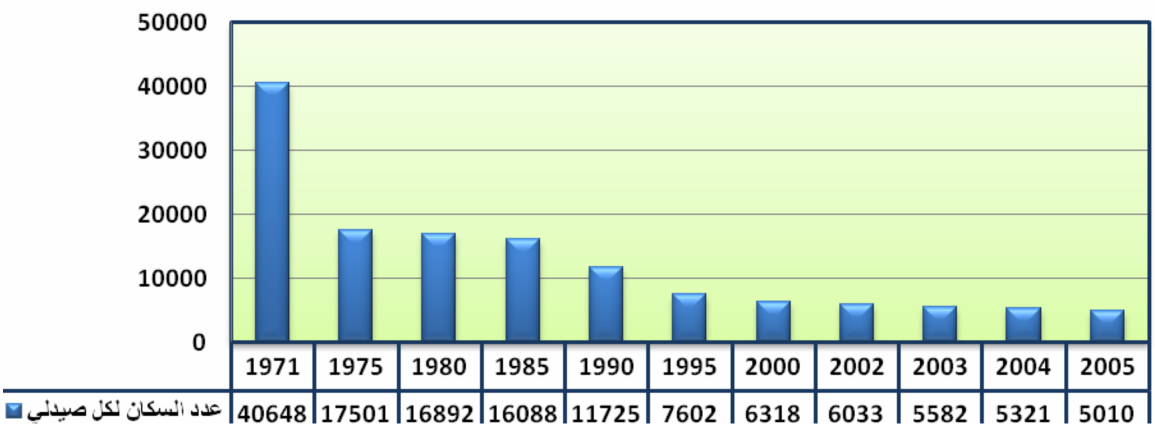
المصدر: www.ons.dz1 / ONS Algérie,

2 / ONS, L'Algérie en quelques chiffres, No 37, résultats 2004-2006, édition 2008. p 19

فالنمو الذي عرفه عدد الصيادلة، في الجزائر، يترجمه التحسن المسجل في مؤشرات التغطية الخاص بهذه الفئة. بحيث بلغ هذا المؤشر صيدلي واحد لكل 40648 نسمة خلال سنة 1970 ليهبط العدد إلى 11725 في سنة 1990، 6318 في سنة 2000 ، لينتقل إلى 5010 نسمة لكل صيدلي في سنة 2005 .

ورغم النتائج المسجلة، فإن إشكالية توزيع نشاط هذه الفئة تبقى مطروحة بين مختلف المناطق. فكما سبقت الإشارة إليه، فإن غالبية الصيادلة هم تابعون للقطاع الخاص، وفي غياب آليات التوزيع فإن جل نشاطهم يتركز بالأساس في المدن والتجمعات السكانية الكبيرة.

شكل رقم (48): تطور مؤشر عدد السكان لكل صيدلي في الجزائر



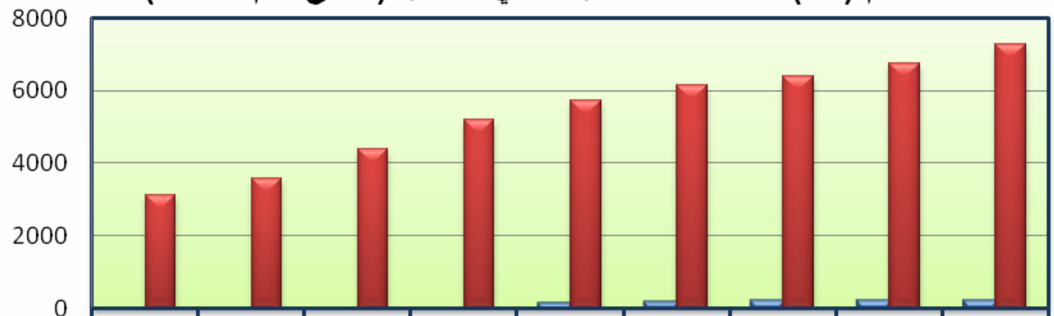
المصدر: تم إعداد الجدول اعتمادا على المصادر التالية:

1 / ONS Algérie, Rétrospective statistique, 1970 – 1996, édition 1999
2 / ONS, L'Algérie en quelques chiffres, No 37, résultats 2004-2006, édition 2008. p 19
3 / ONS Algérie, www.ons.dz

ونفس الوضعية نسجلها بالنسبة للمغرب، في ميدان التكوين، مع الإشارة إلى تركز نشاط هذه الفئة في القطاع الخاص أيضا. هذا الأخير ضم 7295 صيدليا في سنة 2005 من العدد الإجمالي مقابل 157 صيدليا في الوحدات العمومية. وبعبارة أخرى، فإن نسبة الصيادلة الممارسين في القطاع الخاص في المغرب قد بلغت حوالي 98% في نفس السنة. مما يوضح سيطرة الممارسة الحرة لدى هذه الفئة، خصوصا في ظل التوجه الليبرالي الذي اتبعته المغرب منذ الاستقلال.

وقد عرفت السنوات الأخيرة، تطورا نسبيا في عدد الصيادلة في القطاع العمومي تجسيدا لمحاولات المغرب لخلق نوع من التوازن في توزع هذه الفئة عبر تراب المملكة لكن الإحصائيات المتوفرة تشير إلى انتقال عددهم في القطاع العمومي من 28 صيدلي في سنة 1997، إلى 157 صيدلي في سنة 2005.

شكل رقم (49): تطور عدد الصيادلة في المغرب (قطاع عام وخاص)



	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
قطاع عمومي	28	26	35	39	84	114	129	158	157
قطاع خاص	3132	3573	4386	5197	5736	6141	6394	6765	7295

المصدر:

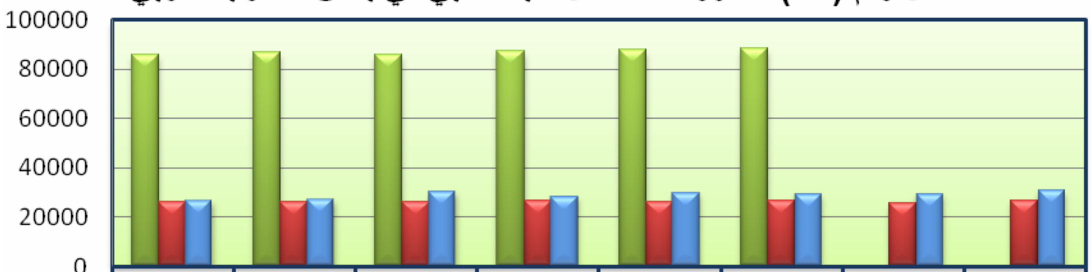
Royaume du Maroc, Ministère de la santé, santé en chiffres 2007, direction de la planification et des ressources financières, op.cit, p 15

كما توضح الإحصائيات الخاصة بهذه الفئة، ضعف توزيعها بين المناطق، والتي تبقى تعاني من نقص في خدمات هذه الفئة، والتي يتركز تواجدها في المناطق العمرانية الكبرى مثل مراكش، الرباط، الدار البيضاء، هذه الأخيرة يتواجد بها 1306 صيدلي، منهم 1294 تابعين للقطاع الخاص في سنة 2006[1].

3-2-4 تطور عدد عمال السلك شبه الطبي في البلدان المغاربية:

يمكن إبراز تطور هذه الفئة في البلدان المغاربية المعنية وفق معطيات الشكل الموالي.

الشكل رقم (50): تطور عدد عمال شبه الطبي في بلدان المغرب العربي



	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
الجزائر	86056	87012	85853	87571	87791	88499		
المغرب	26239	26174	26389	26569	26277	26802	25721	26532
تونس	27050	27392	30392	28629	29976	29584	29607	30812

المصدر: *www.ons.dz1 / ONS Algérie,*

2 / ONS , L'Algérie en quelques chiffres , No 37 , résultats 2004-2006 ,édition 2008. p 19.

3 / INS Tunisie, www. ins.nat.tn

4 / Royaume du Maroc, Ministère de la santé, santé en chiffres 2007, direction de la planification et des ressources financières, op.cit, p 15.

---

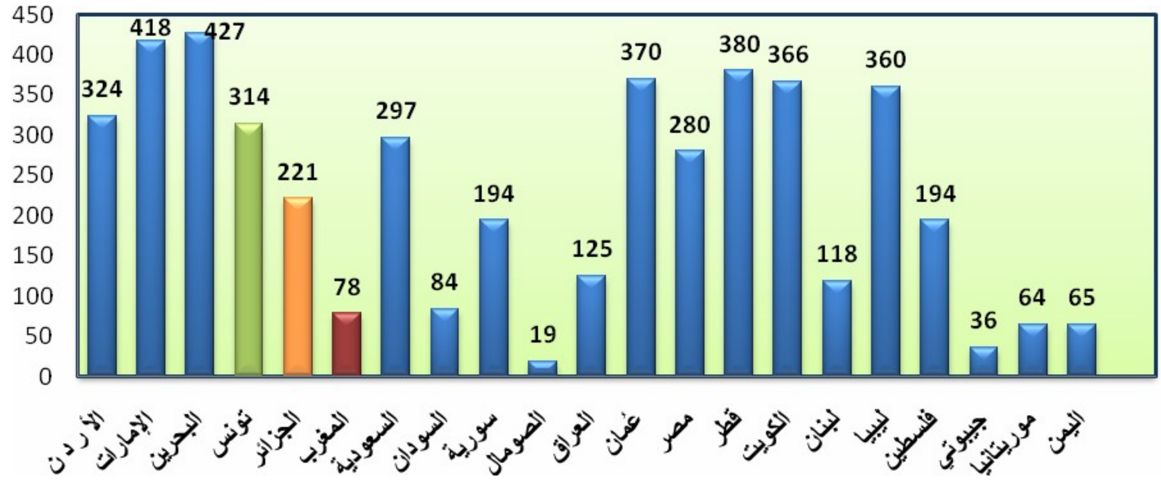
(1) للوقوف على سوء توزيع الصيادلة الخواص بين مختلف مناطق المملكة، انظر:

Royaume du Maroc, Ministère de la santé, santé en chiffres 2007, direction de la planification et des ressources financières, op.cit, pp 70, 71.

يكتسي نشاط هذه الفئة أهمية كبيرة، نظرا للدور الذي تلعبه في ضمان الخدمات الطبية والعلاجية. غير أن مستويات التكوين في البلدان المغاربية قد تمت بوتيرة بسيطة، وثابتة في السنوات الأخيرة. مع ملاحظة النقص الكبير الذي يسجله المغرب في مجال التغطية، وفي عدد عمال الشبه الطبي (تقني سامي، تقني، مساعد صحي)

وبإجراء مقارنة بين الدول العربية، تشير إلى تواجد تونس، والجزائر في المراتب المتقدمة على خلاف المغرب، الذي يسجل مؤشرات متواضعة، بحكم السياسة الصحية المنتهجة. ويمكن توضيح تباين مستويات التغطية في الشكل الموالي.

شكل رقم (51): مؤشرعدد الممرضات لكل 100.000 نسمة في الدول العربية (1995–2004)



*** بالنسبة لتونس، ومصر، فالبيانات خاصة بسنة 2006، أما بيانات كل من عمان، فلسطين، الكويت، فهي تتعلق بسنة 2005.**

المصدر : تم إعداد هذا الشكل من الجداول الإحصائية الواردة في التقرير الاقتصادي العربي الموحد لسنة 2007 ، مرجع سبق ذكره.

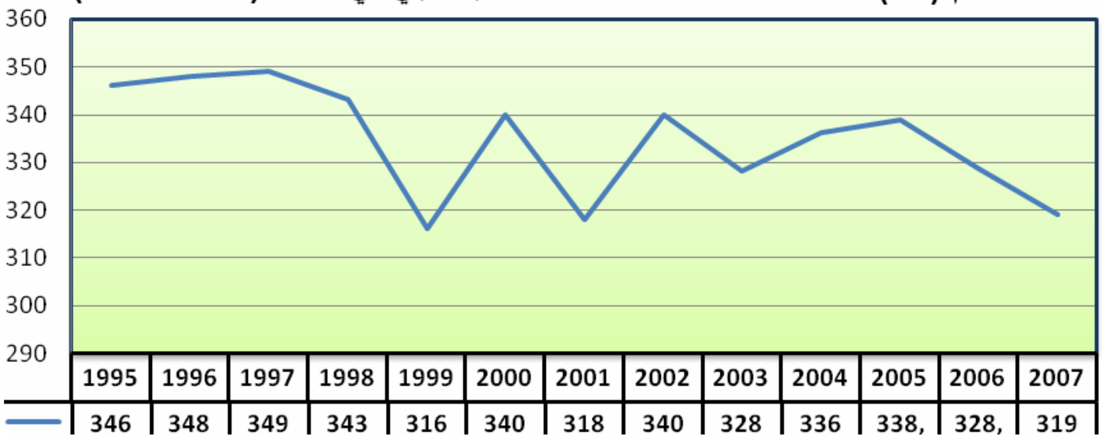
هذه الإحصائيات المتوفرة في الفترة (1995–2004)[1] تبين أن مؤشر عدد الممرضات لكل 100 ألف نسمة قد تجاوز 300 ممرضة لكل 100 ألف نسمة في سبع دول عربية، وهي حسب ارتفاع مؤشر التغطية: البحرين، الإمارات، الكويت، قطر، عمان ليبيا، الأردن. بينما ينخفض عدد الممرضات عن 100 ممرضة لكل 100 ألف نسمة في ستة (06) دول عربية وهي: السودان، المغرب، واليمن، موريتانيا، جيبوتي، والصومال.

بالنسبة للبلدان المغاربية، فإن مستويات التغطية في تونس من عمال شبه طبي (تقني سامي تقني، مساعد في الصحة) تبدو الأحسن، مقارنة بالجزائر، والمغرب، حيث انتقلت مستويات التغطية من ممرض واحد لكل 349 ساكن في سنة 1997، إلى ممرض لكل 319 ساكن في سنة 2007، كما توضح ذلك معطيات الجدول الموالي.

---

(1) التقرير الاقتصادي العربي الموحد لسنة 2007، مرجع سبق ذكره.

شكل رقم (52): مؤشر عدد السكان لكل عامل شبه طبي في تونس (1995-2007)



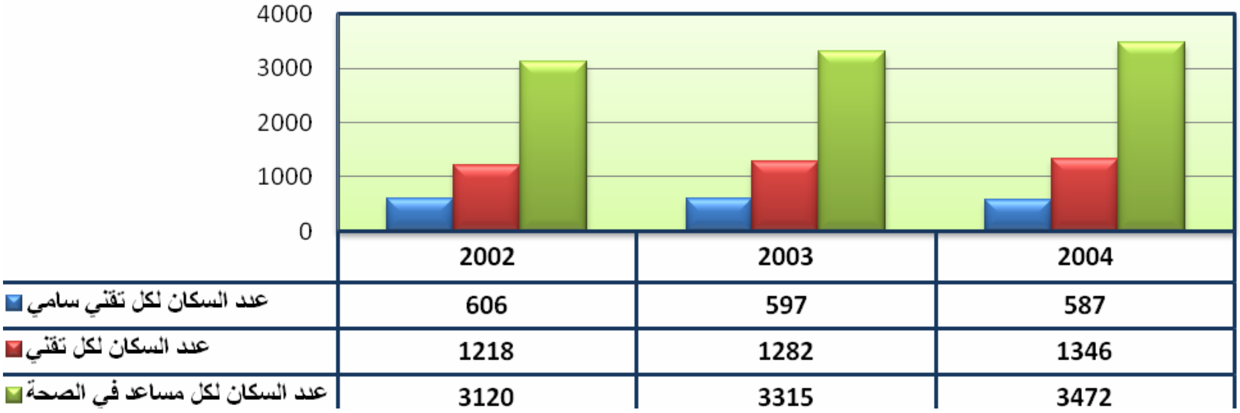
1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
346	348	349	343	316	340	318	340	328	336	338,	328,	319

المصدر: *INS Tunisie, www. ins.nat.tn*

وتبقى مسألة توزيع عمال هذه الفئة، بين مختلف المناطق، تثير انشغال الجهات الوصية التي تسعى لخلق نوع من التوازن الجهوي في مستويات التغطية، والتخفيف من درجة تركز نشاط هذه الفئة في التجمعات السكانية الكبرى دون الأخرى.

أما بالنسبة للجزائر، كما رأينا، فإنه بالرغم من حجم المجهودات التي بذلت في ميدان التكوين، فإن مستويات التغطية لا تزال دون الأهداف المرجوة، بالنظر لترتيبها بين الدول العربية بشأن هذا المؤشر، والذي بلغ 221 ممرض لكل 100 ألف نسمة. مما يضعها في المرتبة الحادية عشرة من بين 21 دولة التي شملتها المقارنة[1]. ويمكن إبراز مستويات التغطية، من عمال الشبه الطبي (تقني سامي تقني، مساعد في الصحة) في الجدول الموالي.

شكل رقم (53): تطور مؤشر التغطية من عمال السلك شبه الطبي في الجزائر



	2002	2003	2004
عدد السكان لكل تقني سامي	606	597	587
عدد السكان لكل تقني	1218	1282	1346
عدد السكان لكل مساعد في الصحة	3120	3315	3472

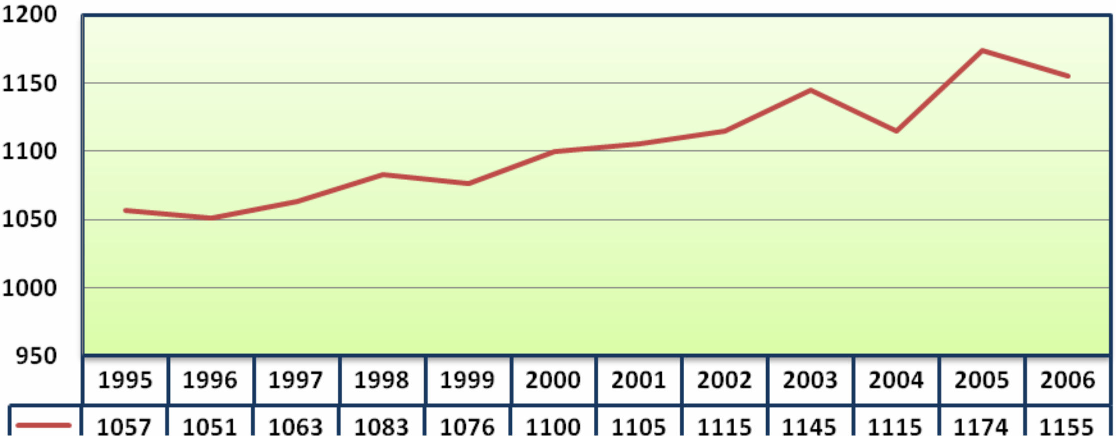
المصدر: *ONS, L'Algérie en quelques chiffres, No 37, résultats 2004-2006, édition 2008. p 19*

.

(1) لا يمكن إغفال عنصر أساسي في هذا المجال وهو عدد السكان، والمساحة الجغرافية التي تتميز بها الجزائر، مقارنة بالعديد من تلك الدول العربية. وهو ما يستدعي تسخير إمكانيات أكبر لتلبية احتياجات السكان، خصوصا بالنسبة للمناطق النائية، والتجمعات السكانية الصغيرة.

معطيات الشكل البياني السابق توضح مستويات التغطية المقبولة من فئة التقنيين السامين، والتي انتقلت من 606 في سنة 2002، إلى 587 نسمة لكل تقني سامي في الصحة في سنة 2004. أما بالنسبة للمغرب، فإن مستويات التغطية في هذا المجال، هي الأضعف مقارنة بالمستويات المسجلة في كل من تونس والجزائر، سواء في مجال تكوين عمال الشبه الطبي أو مستويات التغطية. ويبرز الشكل الموالي مستويات التغطية واتجاهاتها في المغرب.

شكل رقم (54): مؤشر عدد السكان لكل عامل شبه طبي في المغرب



المصدر: تم إعداد الشكل اعتمادا على الجداول الإحصائية الواردة في :

Royaume du Maroc, Ministère de la santé, santé en chiffres 2007, direction de la planification et des ressources financières, op.cit , p 15.

من خلال الشكل أعلاه، نلاحظ التراجع المسجل في مستويات التغطية في ظل النمو الديموغرافي وضعف مستويات التكوين الكفيلة بتلبية الاحتياجات المتنامية للسكان. وتضاف إلى هذه النقائص السابقة الذكر، مسألة التوزيع غير العادل بين مختلف المناطق في المغرب مع التركز أكثر على محور (الرباط، والدار البيضاء). وهو ما يطرح مسألة تحقيق الإنصاف والمساواة في عرض وتقديم الخدمات العلاجية الضرورية لسكان المناطق النائية والفقيرة خاصة.

وتجدر الإشارة إلى أن 85% من عمال شبه الطبي يتواجدون في القطاع العام، مع تسجيل تباين كبير في توزعهم بين مختلف المناطق المغربية، بحيث تتفاوت مستويات التغطية من هذه الفئة بين 0,54، و1,7 عامل شبه طبي لكل ألف نسمة. وبالإضافة إلى مشكلة العجز التي يعاني منها القطاع حاليا، فإن 24% من عمال السلك شبه الطبي سيحالون على التقاعد خلال العشر سنوات المقبلة[1]. مع الإشارة إلى أن الخروج الطوعي على التقاعد

[1] *Royaume du Maroc, Ministère de la santé, Santé- vision 2020, année 2007, op. cit, p 24.*

جعل قطاع الصحة العمومي في سنة 2005 يسجل عجزا في حوالي 260 أخصائي، و9000 ممرض. وأصبح تواجد الأخصائيين في سوق العمل عملة نادرة في المغرب[(1)].

هذه الوضعية الحرجة تستوجب نظرة مستقبلية هادفة، تأخذ بعين الاعتبار مسألة الاستثمار في تنمية الموارد البشرية لقطاع الصحة، من خلال رفع مستويات التكوين والتوظيف لعمال السلك الطبي، وشبه الطبي على حد سواء.

إن مسألة تواجد المنشآت الصحية بالقرب من التجمعات السكانية يطرح في المغرب بشكل حاد، بحيث أن حوالي 31% تقريبا، من سكان الأرياف في المغرب، يتواجدون على بعد أكثر من 10 كلم من أقرب وحدة صحية. وأن العديد من الوحدات العلاجية قد تم غلقها في المغرب، بسبب نقص الموارد البشرية التي تضمن تقديم هذه الخدمات. وكل ذلك في ظل غياب خريطة صحية، تسمح بالتوزيع العقلاني وضمان عرض العلاج[(2)].

3- 3 تطور المنشآت الصحية في البلدان المغاربية:

لقد بذلت البلدان المغاربية، منذ الاستقلال، مجهودات كبيرة لتحسين المؤشرات الصحية لسكانها، في محاولات جادة لتوفير عرض العلاج، من خلال العمل على توفير المنشآت العلاجية، وتقريبها أكثر من الأفراد. وكذا السعي الدائم لتحسين نوعية الخدمات المقدمة على مستوى منشآت العلاج العمومية، والتي تعتبر محور منظوماتها الصحية. وفيما يلي عرض تفصيلي لتطور هذه المنشآت الصحية العمومية والخاصة في البلدان المغاربية.

3-3-1 المنشآت الصحية في تونس:

تتكون المنظومة الصحية التونسية، بشكل عام، من ثلاث قطاعات أساسية[(3)]:

- القطاع العمومي، الذي يضم شبكة العلاج القاعدي، المستشفيات المحلية، المستشفيات الجهوية، معاهد التكوين، والمراكز الاستشفائية الجامعية التي تضم العديد من الاختصاصات.
- القطاع شبه العمومي، والذي يضم ست (06) عيادات متعددة الخدمات، وهي تابعة للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

---

(1) *PNUD, Maroc; Rapport de développement humain 2005, Femmes et dynamiques du développement op.cit, p 26.*

(2) *Nouzha Skalli, Le système de santé au Maroc, perspectives de réforme, Forum Euromed, Health Euro-Mediterrnean conferance, Barcelone, novembre 2005.*

(3) *République Tunisienne, Ministère du commerce et de l'artisanat :* ***www.cepex.nat.tn***

- القطاع الخاص الذي يسير أكثر من 80 عيادة خاصة، متعددة الاختصاصات، بطاقة سريرية تفوق 2500 سرير، ومجهزة بمعدات أكثر تطورا.

قد تم تنظيم نشاط المنظومة الصحية العمومية، في تونس، وفق ثلاث مستويات رئيسية(1)

- المستوى الأول، يضم المراكز الخاصة بالعلاجات الصحية القاعدية، والمستشفيات المحلية.
- المستوى الثاني يتعلق بالمستشفيات الجهوية.
- المستوى الثالث يخص المراكز الاستشفائية الجامعية، والمراكز المتخصصة.

هذا التسلسل يهدف بالأساس إلى تنظيم مستويات العلاج في المؤسسات العمومية وعرضه بشكل يستجيب لاحتياجات مختلف المناطق. ومن جهة أخرى، تخفيف الضغط على المراكز الاستشفائية الجامعية. غير أن تحسن نوعية الخدمات العلاجية المقدمة، ومستويات الحصول عليها، لا يجب أن تخفي مشاكل المنظومة الصحية التونسية، والمتمثلة أساسا في مسألة إنصاف هذه المنظومة (*L'équité*)، مستويات تنظيمها، وأساليب تمويلها. وهي المسائل التي تبقى محل اهتمام الجهات الوصية، لضمان مستويات مقبولة في عرض العلاج بين مختلف المناطق، وذلك بالنظر إلى الاختلالات المسجلة في هذا الإطار. وسنتطرق فيما يلي إلى هذه المستويات الثلاثة في عرض العلاج، على مستوى هذه المنشآت العمومية.(2)

3-3-1-1 المستوى الأول:

يتمثل هذا المستوى الأول في العلاج الصحي القاعدي، والذي تمثله 2079 وحدة صحية قاعدية، موزعة عبر التراب التونسي، بعد أن كان عددها لا يتعدى 1506 وحدة صحية في سنة 1990.(3) مع الإشارة إلى أن عمل هذه الوحدات الصحية، قد تم تنظيمه على مستوى 203 دائرة صحية (**Circonscriptions sanitaires**)، هذا التوجه نحو المنشآت الصحية الخفيفة، جعل 90% من السكان يتواجدون على مسافة تقل عن 05 كلم، من أقرب مركز صحي قاعدي (**Centre de santé de base**). وأصبح دور المنشآت الصحية للمستوى الأول أساسيا في تجسيد مبدأ الإنصاف، من خلال تبنيه لمختلف البرامج الوقائية، نظافة المحيط وحماية البيئة. ويجدر التذكير بأن هذه الوحدات القاعدية تضمن حوالي نصف الفحوصات الطبية الإجمالية، 20% من حالات القبول في المستشفى، 20% من حالات الولادة.

---

(1) *UNICEF, La situation des enfants en Tunisie , analyse et recommandation , op.cit , p 52*
(2) *OMS, stratégie de coopération avec la Tunisie, 2005-2009, pp 16 -18.*
(3) الموقع الالكتروني للمعهد الوطني للإحصاء، تونس: *www. ins.nat.tn*

ورغم أنها لا تستهلك سوى 10% من إجمالي النفقات الصحية في تونس، فإن منشآت المستوى الأول للعلاج، أظهرت فعالية كبيرة في تسيير المشاكل الصحية، وبالخصوص تحسين المؤشرات الصحية المتعلقة بصحة الأم، والطفل.

غير أن الطاقة التشغيلية للمستشفيات المحلية، التابعة للدوائر الصحية، تبقى غير كافية نظرا لضعف قاعدتها التقنية. مما يحد من إمكانية التكفل الجيد بمجالات التشخيص، والعلاج لمختلف الحالات المرضية فيها.

3-3-1-2 المستوى الثاني:

هذا المستوى الثاني من العلاج، يتكون من المستشفيات الجهوية التي غالبا ما تتواجد في مراكز الولايات، مع غيابها في المدن التي توجد بها الكليات الطبية (تونس، سوسة المنستير صفاقص). ورغم تمتعها بقاعدة تقنية كافية عموما (*plateau technique*) فإن إنتاجية، ومردودية هذه المستشفيات الجهوية، قد تأثرت بنقص الأخصائيين على مستوى أقسامها (30% من إجمالي الأخصائيين التابعين للقطاع العام). هذا النقص يجد تفسيره في رغبة هذه الفئة من الأطباء في ممارسة نشاطهم في المراكز الاستشفائية، أو الممارسة الحرة في المدن الكبرى، والوسط الشرقي. وفي ظل هذه المعطيات، فإن منشآت المستوى الثاني من العلاج، لا تستطيع أن تلعب الدور المكمل لنشاط وحدات العلاج التابعة للمستوى الأول.

3-3-1-3 المستوى الثالث:

ويتعلق هذا المستوى من العلاج بالأقطاب الجامعية، والمتمثلة في 11 مستشفى عامـــا 23 معهدا ومركزا متخصصا. هذه المنشآت الصحية العمومية يتواجد بها أكثر من نصف الأسرة الاستشفائية، والتجهيزات الطبية الضخمة، ويتواجد بها 70% من أخصائيي القطاع العام. هذا المستوى الثالث من العلاج، مسؤول عن عمليات تكوين الإطارات الطبية المستقبلية. لكن الملاحظ أنه يعاني من ضغوطات كبيرة، ناتجة عن كثرة الفحوصات الطبية التي تتم عبر وحداته، وفي ظل ضعف دور وحدات المستوى الثاني للعلاج. تضاف إلى ذلك ظاهرة الهجرة المتزايدة للأخصائيين نحو القطاع الحر، الذي يقترح، كما هو معروف مستويات مرتفعة للأجور. هذه الهجرة المتنامية قد تكون لها آثار مستقبلية سلبية، فيما يتعلق بنوعية التأطير، والتكوين. ويمكن توضيح تطور عدد المنشآت الصحية العمومية في تونس من خلال معطيات الجدول الموالي.

جدول رقم (41): تطور المنشآت الصحية العمومية في تونس(1990-2007)

	1990	1995	2000	2002	2004	2006	2007
عدد المستشفيات	156	162	167	168	169	172	172
الوحدات الصحية القاعدية	1506	1777	1981	2028	2067	2076	2079
عدد الأسرة العملية	15352	15863	16659	16682	17486	17978	17998

المصدر: الموقع الالكتروني للمعهد الوطني للإحصاء، تونس: *www. ins.nat.tn*

معطيات الجدول السابق، توضح الإستراتيجية المتبعة في توفير العلاج، والتي تترجمها الوتيرة التي تتزايد بها وحدات العلاج الصحية القاعدية، مقارنة بعدد المستشفيات.هذه السياسة ترمي إلى تحقيق نوع من التوازن في توزيع عرض العلاج بين مختلف المناطق. وكنتيجة لذلك، فإن الوحدات الصحية القاعدية، أصبحت تغطي المناطق الريفية بشكل كاف. غير أن التفاوت الجهوي في عرض هذه الخدمات، ونوعيتها يبقى مستمرا بين المناطق الشرقية والغربية لتونس. فعلى سبيل المثال نجد في منستير، 80% من المراكز الصحية القاعدية تقدم فحصا طبيا على الأقل كل يومين، أما في مدنين، فإن نسبة المراكز التي تضمن نفس الخدمة فلا تتعدى 11%[(1)].

ونفس الاختلال يسجل أيضا في عرض مختلف الخدمات الاستشفائية بين المناطق والمحافظات، خصوصا تلك الفقيرة منها، مثل قصرين، وسيدي بوزيد، والتي بلغت فيها مستويات التغطية سرير طبي لكل 1220 نسمة، عكس مدن تونس، سوسة، والمنستير(التي تتواجد بها المراكز الاستشفائية الجامعية)، والتي بلغ فيها هذا المؤشر في المتوسط، سرير طبي لكل 400 نسمة فقط. هذه الاختلالات لا زالت تمثل تحديا أمام السياسة الصحية التونسية، في سعيها لمواجهة هذا التفاوت، بحثا عن تحقيق مبدأ الإنصاف، والعدالة في توزيع ثمار الجهود الصحية المبذولة.

أما القطاع شبه العمومي في تونس(*secteur parapublique*)، فرغم تطوره، يبقى دوره ثانويا. ويضم هذا القطاع[(2)]:

- ست (06) عيادات متعددة الخدمات، تابعة للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.
- المصالح الطبية المستقلة لبعض المؤسسات الوطنية.
- مصالح طب العمل ذات الدور الوقائي.

(1) *UNICEF, La situation des enfants en Tunisie, analyse et recommandation, op.cit, p 44*
(2) *OMS, stratégie de coopération avec la Tunisie, 2005-2009, op.cit, p18.*

- ثلاث مستشفيات عسكرية تابعة لوزارة الدفاع، ومستشفى تابع لوزارة الداخلية.

3-3-1-4 دور القطاع الخاص في تونس:

إلى جانب منشآت القطاع العام، المسؤول الأول عن تقديم مختلف الخدمات العلاجية الوقائية والاستشفائية، نلاحظ الدور المتنامي للقطاع الخاص منذ 1990. وتمويله يتم بالأساس عن طريق الأسر، حيث يمتص هذا القطاع حوالي نصف النفقات الصحية الإجمالية لتونس، مع تميزه بخدمات عالية الجودة، بفضل التجهيزات الطبية المتطورة. فعلى سبيل المثال بلغ عدد أجهزة السكانير *Scanner* 15 جهازا على مستوى وحدات القطاع العام، مقابل 54 جهازا على مستوى منشآت القطاع الخاص في سنة 2004. كما بلغت أجهزة التصوير بالتردد المغناطيسي(*IRM*) في نفس السنة، 03 أجهزة في المنشآت العمومية، مقبل 05 أجهزة على مستوى منشآت القطاع الخاص[(1)].

بالإضافة إلى ما ذكر، فإن التوزيع الجغرافي، وتكاليف الخدمات المقدمة، تطرح إشكالية استفادة بعض فئات المجتمع، وخاصة محدودي الدخل. ويضم القطاع الخاص في تونس جملة من الوحدات الصحية، نوردها في الجدول الموالي.

جدول رقم (42): توزع أهم المنشآت الصحية الخاصة في تونس لسنة 2003

	العدد
المراكز والعيادات	75
عيادات طب السنان	1260
الصيدليات	1536
عيادات خاصة بالأشعة	117
مراكز التحاليل الطبية	39
المخابر البيولوجية (سنة 2005)	225
مراكز تصفية الكلى	100
المجموع	3371

المصدر: الموقع الالكتروني لوزارة الصحة التونسية: ***www.santetunisie.rns.tn***

وبعد استعراض المنشآت الصحية في تونس، يمكن القول أن التوزيع المادي، والبشري (المنشآت الصحية وعمال السلك الطبي، وشبه الطبي) بين مختلف المناطق، لا يزال يتسم بتفاوت كبير. حيث تشكو المناطق الغربية، والجنوبية من نقص كبير في هذا المجال. فالقطاع الخاص يتواجد بالأساس في العاصمة تونس وما جاورها، المناطق الساحلية والوسط

[(1)] *OMS, stratégie de coopération avec la Tunisie, 2005-2009, op.cit,p 19.*

الشرقي. ونفس الملاحظة بالنسبة للمراكز الاستشفائية الجامعية، مع ضعف المستشفيات الجهوية (المستوى الثاني للعلاج) في التكفل باحتياجات سكان المناطق الداخلية[1].

3-3-2 المنشآت الصحية في الجزائر :

بالرغم من المشاكل التي ما زالت تطبع مستويات التوزيع، فقد تمكنت الجزائر من تجسيد شبكة مقبولة من المنشآت الصحية، والاستشفائية (المراكز الاستشفائية الجامعية المؤسسات الاستشفائية المتخصصة، المستشفيات العامة). ومحاولة تقريب المنشآت الصحية الخفيفة من مختلف الفئات، في إطار سياسة الصحة الجوارية. مع عدد مقبول من الأسرة الطبية، والتي تسمح بتلبية احتياجات السكان. غير أن هذه النقاط الايجابية، لا يجب أن تخفي جملة النقائص التي تعاني منها المنظومة العلاجية في الجزائر، والتي تقودنا إلى طرح تساؤلات موضوعية، حول مدى إمكانية هذه المنظومة في تحقيق المبدأين الأساسيين لها: سهولة الوصول إلى الخدمات الصحية، أو العلاجية، ومبدأ الإنصاف.

جدول رقم (43): تطور المنشآت الصحية القاعدية في الجزائر

	1998		2002		2003		2004	
	العدد	عدد الأسرة التقنية	العدد	عدد الأسرة التقنية	العدد	عدد الأسرة التقنية	العدد	عدد الأسرة التقنية
هياكل استشفائية *	217	33319	227	36037	230	37575	231	39322
مراكز استشفائية جامعية	13	13045	13	13236	13	13465	13	13362
مؤسسات استشفائية متخصصة	31	6203	32	5960	32	6046	32	6222
دور الولادة العمومية **	395	4244	372	3316	396	3205	374	3279
دور الولادة الخاصة	42	470	31	247	49	/	55	/

* هياكل استشفائية = قطاعات صحية + عيادات استشفائية + دور الولادات الحضرية

** دور الولادة العمومية: دور الولادة المستقلة (الريفية)، ودور الولادة الموجودة في العيادات المتعددة الخدمات، والمراكز الصحية

المصدر: *ONS Algérie,* *www.ons.dz* .

ONS, L'Algérie en quelques chiffres, N 37, résultats 2004-2006, édition 2008. p 20

إن معطيات الجدول السابق، تبرز حجم المجهودات المبذولة في ميدان الانجاز، غير أن توزيع هذه المنشات هي غير متجانسة عبر ولايات الوطن. فالجزائر تتوفر على 13 مركزا استشفائيا جامعيا، و32 مؤسسة استشفائية متخصصة، تتواجد في 14 ولاية، متواجدة كلها في شمال البلاد. فالعاصمة لوحدها تضم أربعة مراكز استشفائية جامعية، و13 مؤسسة استشفائية

(1) *OMS, stratégie de coopération avec la Tunisie, 2005-2009, op.cit, p19.*

متخصصة. كما أن نشاط الأخصائيين يتوقف، إلى حد كبير، على أماكن تواجد المؤسسات المتخصصة. مما يطرح إشكالية وصول سكان المناطق الأخرى إلى الخدمات العلاجية، التي تضمنها هذه الفئة من الأطباء، إضافة إلى تزايد الضغط على المراكز الاستشفائية.

وعلى الرغم من النتائج المحققة، والتحسن الذي طرأ على المؤشرات الصحية، فإن منظومة العلاج لم تتكيف بعد مع الاحتياجات الجديدة للسكان، والناتجة أساسا عن التغيرات الديموغرافية، ومستويات المعيشة. ونظرا للتركيبة العمرية للسكان، فقد أولت الجزائر أهمية متزايدة لبرامج التوعية، والوقاية، لما لها من دور فعال في تخفيف حدة التكاليف العلاجية إضافة إلى تركيزها بشكل ملفت على نظام المراكز الصحية والمستوصفات، بدل المستشفيات الضخمة، وذلك في إطار ما يعرف بالصحة الجوارية. فنمو عدد المراكز الصحية، وقاعات العلاج، كان بشكل متسارع، في إطار السياسة الصحية الجديدة للجزائر، والهادفة إلى التركيز على المنشآت القاعدية الخفيفة، وغير المكلفة، سعيا لتقريبها من السكان وضمان الحصول على مختلف الخدمات الطبية التي تقدمها.

جدول رقم (44): المنشآت القاعدية خارج المستشفيات في الجزائر

	1980	1991	1997	1999	2000	2003	2004	2005
عيادات متعددة الخدمات	161	445	462	482	497	516	512	516
مراكز صحية	662	1112	1110	1185	1252	1285	1275	1292
قاعات العلاج	1364	3618	3601	3851	3964	4412	4545	4628
مراكز طبية اجتماعية	/	582	428	448	515	603	599	/
الصيدليات	/	2954	4712	5299	5576	6514	6914	/
منها الصيدليات الخاصة	/	1936	3604	4305	4587	5502	5860	/

المصدر: تم إعداد الجدول اعتمادا على المراجع التالية:

1) *ONS, L'Algérie en quelques chiffres, No 37, résultats 2004-2006, édition 2008. p 20*
2) *République Algérienne démocratique et Populaire, Ministère de la santé, et de la population, Développement du système national de santé, stratégie et perspectives, op. cit, p 21.*
3) *ONS Algérie, www.ons.dz.*

هذه المنشآت الصحية، من المقرر أن تعرف تزايدا، من خلال الاستثمارات المقررة لترقية قطاع الصحة(2005-2009)، أو البرنامج الخاص بمنطقة الهضاب العليا، والجنوب. وهي السياسة المنتهجة لمحاولة تصحيح الاختلالات على مستوى توزيع عرض العلاج، بين مختلف المناطق، وتحسين المؤشرات الصحية السلبية التي ما زالت تسجلها بعض المناطق. ويمكن توضيح حجم هذه الاستثمارات المبرمجة في الجدول الموالي.

جدول رقم (45): الإنجازات المقررة في المجال الصحي في الجزائر 2005-2009

برنامج الترقية الصحية 2005-2009	البرنامج الخاص بالهضاب العليا	البرنامج الخاص بتنمية الجنوب
- 65 مستشفى عام، منها معهد للكلى، وآخر للسرطان - 76 عيادة متعددة الخدمات - 168 مركز صحي - 40 قاعة علاج - 6 مراكز للمراقبة الطبية على مستوى الحدود - 04 مراكز لتصفية الكلى - 01 معهد للتكوين شبه الطبي.	- 15 مستشفى عام - 20 عيادة متعددة الخدمات - 59 مركز صحي - 38 قاعة علاج - 11 مصلحة للاستعجالات الطبية والجراحية. - 03 مراكز لتصفية الكلى.	- 08 مستشفيات عامة - 08 عيادات متعددة الخدمات - 17 مركز صحي - (02) قاعتان للعلاج - 07 مصالح للاستعجالات الطبية والجراحية - مركز لتصفية الكلى

المصدر:

Le marché de la santé en Algérie, Missions économiques, Ambassade de France en Algérie, novembre 2006.

ويجب التذكير أيضا، بالمخصصات المعتمدة لقطاع الصحة، في إطار البرنامج التكميلي لدعم النمو(**PCSC**)، والمقدرة بقيمة 120 مليار دينار جزائري، لإنجاز 11 عيادة متعددة الخدمات 30 مستشفى عام ومتخصص، 26 مركزا صحيا، 12 مصلحة للاستعجالات الطبية والجراحية 13 مركزا لتصفية الكلى. هذه المنشآت المبرمجة سترفع الطاقة الاستيعابية بـــ 5000 سرير طبيا في سنة 2009[1]. وكل ذلك سيكون له تأثير إيجابي على مؤشرات الصحية في الجزائر.

إن الانجازات المقررة للفترة 2005- 2009، من شأنها أن تدعم الطاقة الاستيعابية للمنشآت الصحية العمومية، في المجال الاستشفائي بـــ 6827 سرير إضافي في سنة 2009 تضاف إليها 7200 سرير، التي ستضمنها العيادات الخاصة، والتي سيصل عددها إلى 390 عيادة خاصة في سنة 2009. وهو ما سيسمح بتحسين مؤشرات التغطية الصحية بشكل عام.

وقد عرف القطاع الخاص في الجزائر تطورا كبيرا، منذ 1988، بحيث تضاعف عدد العيادات الخاصة بشكل ملحوظ، في ظل ضعف مردودية القطاع الصحي العمومي. وأصبح القطاع الخاص يضم 221 عيادة صحية خاصة، توظف 480 أخصائيا، 200 طبيب عام 1200 عامل شبه طبي، وبطاقة سريرية تبلغ 3400 سرير[2]. مع الإشارة إلى أن التخصصات الطبية المطلوبة على مستوى هذا القطاع تتمثل بالأساس في جراحة القلب، تصفية الكلى

(1) *Le marché de la santé en Algérie, Missions économiques, novembre 2006. op.cit.*
(2) *IDEM.*

وطب النساء. لكن تركز نشاط القطاع الخاص في المدن الكبرى، والمناطق التي تتميز بقدرة السكان عن تسديد قيمة الخدمات العلاجية التي يقدمها هذا القطاع، قد تزيد من تفاقم مشكلة التغطية الصحية في الجزائر.

3-3-2-1 مؤشرات التغطية في الجزائر:

يبلغ عدد الأطباء، أكثر من 50.000 ممارس، والمئات من الأطباء الباحثين عن توظيف، مع وجود الآلاف في طور التكوين عبر الكليات العشر للعلوم الطبية على المستوى الوطني. ورغم الجهود التي تجسدها المعطيات السابقة، فإن مؤشرات التغطية في الجزائر ما تزال تسجل تفاوتا ملحوظا بين مختلف المناطق[1]. كما أن ضعف مردود المنشآت الصحية المحلية، وتركز نشاط القطاع الخاص في التجمعات السكانية الكبرى، جعل العديد من المرضى يتنقلون إلى المناطق الحضرية، حيث يتواجد الأخصائيون والمراكز الاستشفائية الجامعية بحثا على الخدمات العلاجية الضرورية.

جدول رقم (46): توزيع عرض العلاج حسب المناطق الصحية في الجزائر لسنة 2004

	عدد السكان	عدد الأسرة	عدد الأطباء	عدد الأسرة لكل 1000 نسمة	عدد الأطباء لكل 1000 نسمة
الوسط	10.624.293	18.543	16.164	1,75	1,52
الشرق	9.616.633	15.214	14.177	1,58	1,47
الغرب	7.477.354	6.561	8.413	0,88	1,13
الجنوب الشرقي	2.610.160	3.431	2.102	1,31	0,81
الجنوب الغربي	898.901	1.998	839	2,22	0,93
المجموع	31.227.341	45.747	41.695	1,46	1,34

بالنسبة للأسرة، فالأمر يتعلق بأسرة القطاع العام فقط. مع تسجيل اختلاف بسيط في الإحصائيات المتعلقة بعدد الأطباء.

المصدر:

Banque mondiale, République Algérienne démocratique et populaire, a la recherche d'un investissement publique de qualité, Rapport N 36270-DZ, texte principal, volume I, 15 aout 2007, op. cit, p186.

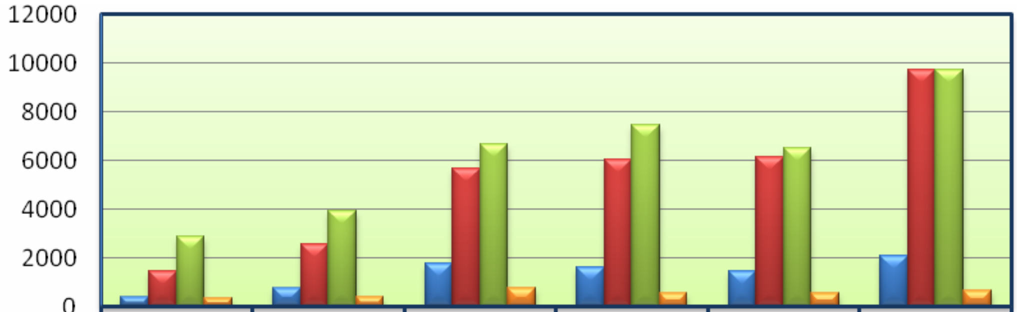
معطيات الجدول توضح التفاوت المسجل في مؤشرات التغطية، فمؤشر عدد الأطباء يتراوح بين 0,81 طبيب لكل 1000 نسمة في الجنوب الشرقي، في حين تم تسجيل ضعف هذا المؤشر في منطقة الوسط. أما بالنسبة لمؤشر الأسرة، فإن منطقة الوسط والشرق تتجاوز

(1) *Brahmia Brahim, le système de santé algérien dans la transition, Revue santé Décision Management SDM, Les nouvelles organisations des systèmes de santé, volume 11- n° 3-4, édition Lavoisier, Paris, 2008, p 13.*

المعدل الوطني الذي قدر في سنة 2004 بـــ 1,46 سرير لكل 1000 نسمة. أما منطقة الجنوب الغربي التي سجلت أحسن المؤشرات في هذا المجال، فإن ذلك لا يجب أن يخفي حقيقة تباعد السكان، وتواجدهم على مسافات بعيدة عن أقرب منشأة صحية.

ونفس هذا التفاوت يبرز في العديد من المؤشرات، مثلما توضحه المعطيات الإحصائية الواردة في تقرير المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي لسنة 2008[1]، والمتعلقة بمؤشرات التغطية الصحية حسب المناطق.

شكل رقم (55): بعض مؤشرات التغطية الصحية في الجزائر في سنة 2005



	1	2	3	4	5	6
عدد السكان لكل طبيب	416	761	1766	1612	1458	2109
عدد السكان لكل طبيب أسنان	1457	2569	5654	6010	6112	9731
عدد السكان لكل صيدلي	2887	3941	6651	7430	6519	9731
عدد السكان لكل سرير طبي	353	426	763	578	549	648

المصدر:

C.N.E.S- PNUD, Rapport National sur le développement humain, Algérie 2007, op.cit, p 96-97.

ويلاحظ أن عدد عمال السلك الطبي في القطاع العام، هو أكثر في المنطقتين الأولى والثانية، من جهة، والمنطقة السادسة من جهة أخرى. وتفسير ذلك بالنسبة للمنطقتين الأولى والثانية يكمن في أعداد الأطباء المقيمين (*résidents en formation spécialisée*) المتواجدين

---

(1) صياغة هذه المؤشرات، تم من خلال تقسيم ولايات الجزائر الـــ 48 إلى 06 مناطق (strates). وكل منطقة تضم:

المنطقة الأولى: تضم ولاية العاصمة فقط.

المنطقة الثانية: تضم بجاية، تيزي وزو، بومرداس، البليدة، تيبازة، قسنطينة، عنابة، تلمسان، سيدي بلعباس، وهران، عين تيموشنت.

المنطقة الثالثة: تضم جيجل، سطيف، سكيكدة، ميلة، قالمة، الطارف، سوق أهراس، أم البواقي، باتنة، تبسة، خنشلة، البويرة، المدية، عين الدفلى، برج بوعريريج، المسيلة.

المنطقة الرابعة: وتضم تيارت، سعيدة، معسكر، تيسمسيلت، الشلف، مستغانم، غليزان.

المنطقة الخامسة: تضم بشار، ورقلة، البيض، النعامة، غرداية، الأغواط، بسكرة، الوادي.

المنطقة السادسة: وتضم الجلفة، أدرار، تمنراست، إليزي، تندوف.

في مرحلة التكوين المتخصص على مستوى المراكز الاستشفائية الجامعية. أما المؤشر المسجل على مستوى المنطقة السادسة، فإنه يفسر بالإجراءات المتخذة بشأن الأطباء الأخصائيين والتي تنص على ضرورة ممارسة النشاط في تلك المناطق لمدة سنة، في إطار الخدمة المدنية.

بالنسبة للصيادلة، وكما رأينا سابقا، فإن عددهم في القطاع العام محدود جدا، مما صعب من إمكانية تواجدهم على مستوى القطاعات الصحية، والمؤسسات الاستشفائية المتخصصة. هذه الوضعية تفسر إلى حد ما مشاكل تسيير الدواء، والمنتجات الصيدلانية في المنشآت الصحية العمومية ببلادنا(1).

كما يشير نفس التقرير دائما، إلى تركز نشاط القطاع الخاص في المنطقتين الأولى والثانية. أما تواجده في المناطق الأخرى، فيتوقف على نسبة الفئة من السكان القادرة على الدفع (الأجراء التجار، المؤمنين اجتماعيا). ويمكن توضيح المؤشرات الخاصة بنشاط هذا القطاع، حسب المناطق، من خلال معطيات الجدول الموالي.

جدول رقم(47): نشاط القطاع الخاص في الجزائر حسب المناطق في سنة 2006

	01	02	03	04	05	06
عدد السكان بالمليون	2,861	8,793	13,881	4,591	3,129	1,557
العيادات الخاصة	2242	3886	3279	1119	745	405
عدد السكان لكل عيادة خاصة	1276	2263	4233	4103	4200	3844
العيادات الخاصة لجراحة الأسنان	932	1559	1257	357	229	148
عدد السكان لكل عيادة خاصة لجراحة الأسنان	3070	5640	11043	12862	13665	10520

المصدر: *C.N.E.S- PNUD, Rapport National sur le développement humain, Algérie 2007, op.cit, p 98.*

تبين معطيات الجدول الاختلالات الموجودة، في توزع نشاط القطاع الخاص، والذي من شأنه أن يكرس أكثر عدم المساواة، في عرض وتلقي العلاج، خصوصا لدى الفئات محدودة الدخل، التي تضطر دائما إلى طلب الخدمات الصحية على مستوى المنشآت العمومية.

ويشير التحقيق الصادر عن المعهد الوطني للصحة العمومية (*INSP*) في سنة 2007 إلى أن المسافة الفاصلة بين مقر الإقامة، وأقرب وحدة صحية، تختلف بحسب المناطق، وبين الوسطين الحضري والريفي. وهو ما سنوضحه في الجدول الموالي.

(1) *C.N.E.S- PNUD, Rapport National sur le développement humain, Algérie 2007, op.cit, p 98..*

جدول رقم (48): المسافة الفاصلة بين مكان الإقامة، والمنشآت الصحية في الجزائر(%)

		المسافة ≤ 5 كلم (%)	المسافة › 5 كلم (%)
	الحضر	80,99	19
	الريف	56,76	43,23
حسب المناطق	التل	73,95	26,04
	الهضاب العليا	65,33	34,66
	الجنوب	81,8	18,19
المستوى الوطني		72,07	27,92

المصدر:

République Algérienne démocratique et Populaire, Ministère de la santé, de la Population, et de la Réforme Hospitalière, Institut National de Santé Publique, Transition épidémiologique et système de santé, Projet TAHINA (contrat n° ICA3-CT-2002-10011), Novembre 2007.op. cit, p42.

معطيات الجدول توضح أن 72,07% من الأسر المستجوبة في هذا التحقيق، تتواجد على مسافة أقل من 05 كلم(أقل من ساعة مشي)، للوصول إلى أقرب وحدة صحية. في حين أن نسبة 27,92% من الحالات، تتواجد على مسافة تزيد عن 05 كلم. أما المقارنة بين الوسطين الريفي والحضري، فتظهر حجم التباين المسجل. ففي المناطق الريفية فإن المسافة هي أقل من 5 كلم بالنسبة لــ 56,76% حالة، مقابل 81% بالنسبة للمناطق الحضرية.

كما تبرز معطيات الجدول السابق، أن مناطق الهضاب العليا، تسجل أضعف المؤشرات فيما يخص مؤشر المقارنة. فنسبة 65,33% من الأسر، تتواجد على مسافة تقل عن 5 كلم من أقرب وحدة صحية، في حين أن 35% تقريبا من الأسر المستجوبة، تتواجد على مسافة تزيد عن 5 كلم من المنشآت الصحية المتواجدة.

3-3-3 المنشآت الصحية في المغرب:

المنظومة العلاجية بالمغرب، تعتمد في تنظيمها، بالأساس على قطاعين: من جهة القطاع العام، الذي تمثله وزارة الصحة، والوحدات الصحية التابعة لقوات الجيش الملكي. ومن جهة أخرى منشآت القطاع الخاص (ذات النشاط الربحي، وغير الربحي)[(1)].

وتجدر الإشارة، أن المنظومة العلاجية العمومية تتكون من شبكتين هما:

شبكة العلاج الصحي القاعدي: *Le réseau de soins de santé de base*

والشبكة الاستشفائية: *Le réseau hospitalier* ، التي تضم ثلاثة أنواع من المستشفيات

[(1)] *Wadjih Maazouzi et autres, op.cit, p 26.*

وهي المستشفيات المحلية، الإقليمية، والمستشفيات الجامعية.

والغرض من اعتماد هذا النوع من التنظيم، وخاصة شبكة العلاج الصحي القاعدي، هو محاولة خلق نوع من التسلسل في عرض، وطلب الخدمات العلاجية، بحثا عن تحقيق نوع من العدالة والإنصاف، من خلال تقريب وحدات العلاج من مختلف الشرائح الاجتماعية.

ويمكن تجزئة المنظومة العلاجية العمومية إلى ثلاثة مستويات:

– **في المستوى الأول:** هناك المستوصفات، والمراكز الصحية، ويمكن اعتبارها الوحدة الصحية الأقرب من المواطن، والتي تتكفل بضمان تقديم مختلف العلاجات الأساسية . هذه الوحدات تعتبر نقطة الانطلاق في منظومة العلاج المغربية .

– **في المستوى الثاني:** نجد المستشفيات المحلية (الريفية و الحضرية)، والتي تضمن تقديم العلاج في بعض الاختصاصات الأساسية، كقسم أمراض النساء، قسم طب الأطفال وقسم المستعجلات. وإضافة إلى ذلك، هناك المستشفيات الجهوية أو الإقليمية، والتي تحتوي على اختصاصات أخرى إضافية.

في المستوى الثالث هناك المراكز الاستشفائية الجامعية، ويتوفر المغرب حاليا على أربع مستشفيات جامعية: مستشفى الرباط، الدار البيضاء، مستشفى فاس، ومستشفى مراكش. وتضم اختصاصات لا زالت تحكمها المركزية، إما بسبب تكلفتها الكبيرة (مثل طب السرطان أو جراحة القلب)، أو لقلة الإطارات المختصة، أو بسبب المعدات والتجهيزات الطبية المكلفة. والجدول الموالي يوضح تطور شبكة العلاج العمومية في المغرب.

جدول رقم (49): تطور المنشآت الصحية العمومية في المغرب

	1996	2000	2002	2004	2006
عدد الوحدات الصحية القاعدية	1857	2267	2405	2511	2592
عدد الوحدات الاستشفائية	106	112	122	125	133
عدد السكان لكل وحدة صحية قاعدية	14458	12698	12321	11904	11780

المصدر:

Royaume du Maroc, Ministère de la santé, santé en chiffres 2007, direction de la planification et des ressources financières, op.cit , p 15

وفيما يتعلق بالمستشفيات، فقد انتقل عددها من 52 مستشفى في سنة 1960 إلى 133 مستشفى في سنة 2007، من ضمنها 34 مستشفى متخصصا، و99 مستشفى عاما. أي بزيادة بلغت 81 مستشفى خلال الأربعة عقود الأخيرة. وبالتالي انتقلت الطاقة الإيوائية، خلال نفس

الفترة، من 15500 إلى 26620 سريرا، يتم استعمالها في حدود 55% فقط[1]. أما عرض العلاج في القطاع الخاص، فيعرف نموا سريعا، حيث وصل عدد تلك المصحات الخاصة، خلال سنة 2007 إلى 302 مصحة، مما يطابق طاقة إيوائية تناهز 7200 سرير، مع تمركز هذا العرض بشكل مكثف بكبريات التجمعات السكانية الحضرية، حيث أن 52% من العيادات تتواجد بالمدن الكبرى وحدها، أي ما يمثل 48% من مجموع الطاقة الإيوائية للعيادات[2].

أما العيادات الخاصة للفحص والتشخيص، فقد انتقل عددها من 2552 في سنة 1991 إلى 5800 عيادة فحص خاصة في سنة 2006[3]. ويعرف توزيع عرض العلاج في وحدات القطاع الخاص على المستوى الوطني، اختلالا كبيرا بين الوسط القروي والحضري، و كذا بين مختلف الجهات. ففي سنة 2005 تم تسجيل مؤشر عيادة طبية لكل 3047 نسمة في الوسط الحضري، مقابل عيادة لكل 59561 نسمة في الوسط الريفي[4].

إن صعوبات سكان الأرياف في الوصول إلى الخدمات العلاجية الضرورية، تبقى مطروحة بالنسبة للمنظومة الصحية المغربية. فالمعطيات المتعلقة بمستويات التغطية لهذه المناطق، فيما يتعلق بالوحدات الصحية القاعدية، تبين أن المسافة الفاصلة بين السكان والمنشآت الصحية هي كبيرة[5].

إن مستويات التغطية الصحية من خلال الوحدات الصحية القاعدية قد تحسنت بشكل ملحوظ، وهو ما سمح بالتكفل بانشغالات السكان، وبخاصة الأرياف، حيث انتقل مؤشر التغطية من 27300 نسمة في سنة 1960 إلى 7164 نسمة لكل وحدة صحية قاعدية، في المناطق الريفية في سنة 2006. أما في المناطق الحضرية فقد انتقل نفس المؤشر من 37000 نسمة، إلى 25319 نسمة لكل وحدة صحية قاعدية خلال نفس الفترة 1960– 2006[6]. ورغم تحسن هذا المؤشر في الوسط القروي، فإن مشكلة الحصول على العلاج يطرح بحدة في تلك المناطق، بسبب الخصوصيات الجغرافية، وتباعد التجمعات السكانية.

---

(1) المعطيات مأخوذة من مشروع الميزانية القطاعية لوزارة الصحة، للسنة المالية 2008، تقديم وزيرة الصحة أمام مجلس النواب، 26 نوفمبر 2007، ص 09.

(2) نفس المرجع.

(3) *Royaume du Maroc, Ministère de la santé, Santé- vision 2020, année 2007, op.cit, p 22.*

(4) *IDEM.*

(5) *Wadjih Maazouzi et autres, op.cit, p 28.*

(6) *Royaume du Maroc, Ministère de la santé, Santé- vision 2020, année 2007, op.cit, p 21.*

كما أن استعمال خدمات الصحة القاعدية بقيت محدودة، خارج إطار بعض البرامج ذات الأولوية. واللجوء إلى الفحوصات الطبية على مستوى تلك الوحدات الصحية القاعدية بقيت ضعيفة جدا، ولم تتغير خلال الفترة (2000 – 2005) إلا بصورة بسيطة. حيث أن متوسط عدد الفحوصات الطبية للفرد في المغرب خلال السنة لم يتطور سوى بـــ0,1 نقطة خلال الفترة المذكورة، ليستقر هذا المؤشر في حدود 0,5 فحص لكل فرد في السنة خلال عام 2005[(1)].

ومن أجل ضمان مستويات تغطية في تلك المناطق النائية، فقد تم اللجوء إلى نظام علاجي متنقل، يكون مكملا للنظام العلاجي الثابت. غير أن النتائج المحققة، من قبل هذا النظام المتنقل، في مجالات التغطية والمساهمة في عرض العلاج، كانت ضعيفة. هذه الوضعية تعود بالأساس إلى تناقص عدد الممرضين المتنقلين (انخفاض بمعدل 10% بين سنتي 1992– 1997)، عدم كفاية إمكانيات التنقل، ظروف العمل في القرى والمداشر، إضافة إلى الخلل الموجود على مستوى التنظيم، والتسيير[(2)].

إن التحديات الأساسية التي تواجه المغرب في مجال تقديم العلاج والخدمات تتمثل في:[(3)]

- التفاوت في الوصول إلى الخدمات العلاجية.
- التحول في الطلب على العلاج، بالنظر للتحولات الديموغرافية والوبائية .
- ضعف استعمال الموارد.
- ضعف التكامل بين مختلف مستويات العلاج، وكذا القطاعين العام والخاص.

ولرفع هذه التحديات التي تواجهها المنظومة المغربية، فإنه من الضروري تدعيم مفهوم اللامركزية في التسيير. بحيث تهدف الإستراتيجية الصحية الجديدة، إلى تطبيق إصلاحات جذرية في هذا القطاع الحيوي، الذي يعاني جملة من المشاكل والاختلالات. والأولويات الأساسية تتمثل في إتاحة العلاج الصحي للفئات الاجتماعية المحرومة، وتقليل الكلفة الإجمالية للعلاج. وتوفير خدمات صحية تتسم بالتنافسية، والأداء المقبول، بما يساهم في تحسين نوعية الخدمات المقدمة. وتجسيد ذلك من خلال إعادة هيكلة المنظومة الصحية بتأسيس مراكز إقليمية تحقيقا لمبدأ اللامركزية في إدارة المنشآت الصحية.

---

(1) *Royaume du Maroc, Ministère de la santé, Santé- vision 2020, année 2007, op.cit, p 21.*
(2) *Wadjih Maazouzi et autres, op.cit, p 28.*
(3) *OMS, stratégie de coopération OMS – MAROC 2004- 2007, op.cit, p 19.*

3-4 مقارنة مستويات الرعاية الصحية المقدمة:

يوضح أداء المنظومات الصحية، من خلال مؤشر الرعاية، والخدمات الصحية التي قدمت للسكان في الدول العربية، خلال الفترة (1990-2004)[1]، أن 04 دول، قد وفرت رعاية صحية لجميع سكانها وهي: قطر، الكويت، الإمارات، والبحرين. تجاوزت نسبة السكان الذين قدمت لهم الخدمات الصحية 90% في عشر (10) دول عربية، وهي حسب ترتيب ارتفاع النسبة فيها: مصر، الجزائر، السعودية، الأردن، عمان، ليبيا، لبنان، تونس، العراق،وسورية.

أما بالنسبة للجزائر، فقد بلغت نسبة السكان الذين حصلوا على خدمات صحية نسبة 98%حيث شملت هذه الخدمات جميع سكان الحضر، و95% من سكان الأرياف. أما المعطيات الخاصة بتونس، فقد بلغت نسبة السكان المستفيدين من الخدمات الصحية 93%.

أما الفئة الثالثة من الدول، فهي تلك التي سجلت مستويات تغطية صحية ضعيفة لسكانها ويتعلق الأمر بأربع (04) دول عربية وهي: المغرب، السودان، موريتانيا، واليمن حيث تراوحت فيها نسبة الخدمات المقدمة للسكان ما بين 50% في اليمن، و70% في المغرب. كما يشير نفس التقرير إلى وجود فجوة كبيرة بين سكان الحضر والريف في كل من اليمن المغرب، بحيث تصل الخدمات الصحية لنحو80% لسكان الحضر و30% لسكان الريف في اليمن، ولجميع سكان الحضر، ونصف سكان الريف في المغرب.

هذه المعطيات توضح التفاوت الكبير بين المناطق في المغرب، سواء فيما يتعلق بعرض العلاج، أو في مستويات التغطية الطبية بشكل عام. هذه الوضعية الصعبة، التي تواجهها المنظومة الصحية المغربية تتطلب من الجهات الوصية السعي الجدي لتحسين مختلف المؤشرات الصحية، والوقوف على المشاكل الحقيقية التي تحول دون وصول مختلف الخدمات إلى جميع الفئات الاجتماعية. ويمكن تجسيد ذلك بوضع خريطة صحية على الصعيد الوطني، تأخذ بعين الاعتبار حاجيات كل جهة على حدة، من أجل تقديم الخدمات الصحية الملائمة للسكان، وضمان برمجتها في الاستثمارات المخصصة لهذا القطاع.

ونفس التفاوت يسجل أيضا في مستويات التغطية، من حيث الأسرة الطبية المتوفرة حيث يبرز هذا المؤشر التباين بين هذه البلدان المغاربية، وبين الدول العربية بشكل عام.

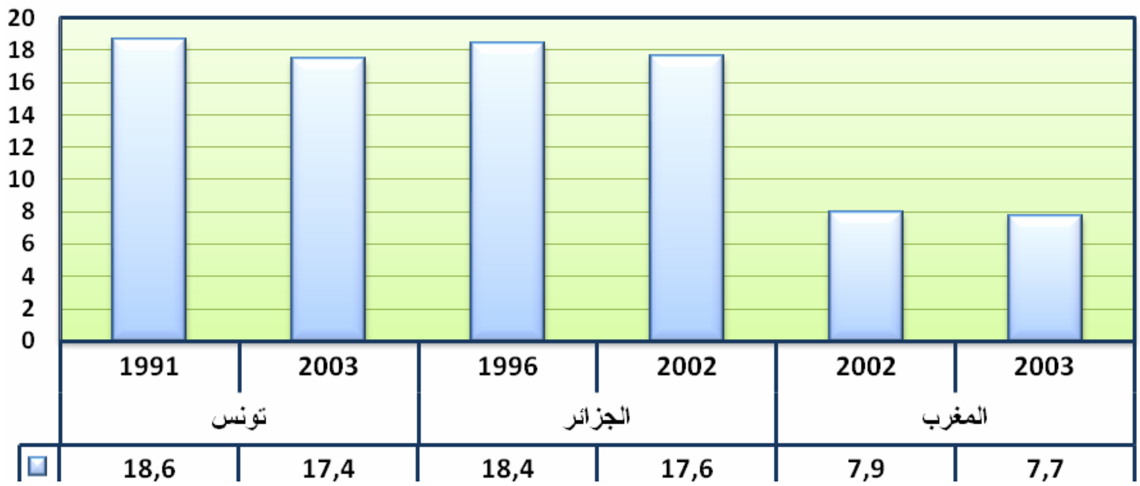
---

(1) التقرير الاقتصادي العربي الموحد لسنة 2007، مرجع سبق ذكره.

فبإجراء مقارنة من حيث مؤشر عدد السكان مقابل كل سرير، في الفترة (1994- 2004)[1] فإننا نسجل تفاوتا كبيرا بين الدول العربية، كما هو الشأن بالنسبة للمؤشرات السابقة. وقد تصدرت ليبيا قائمة الدول العربية في هذا المؤشر، وبلغ 233 نسمة لكل سرير طبي، كما ارتفع أداء المؤشر في لبنان، البحرين، وجيبوتي. في حين سجلت اليمن أضعف معدل، حيث بلغ المؤشر لديها سريرا واحدا لكل 1467 نسمة في سنة 2005.

كما سجلت أربع دول عربية أخرى مستويات ضعيفة، حيث بلغ فيها هذا المؤشر أكثر من ألف نسمة لكل سرير طبي. ويتعلق الأمر بالمغرب بسرير واحد لكل 1141 نسمة إضافة إلى السودان، موريتانيا، اليمن، والصومال. ويتراوح عدد السكان لكل سرير ما بين 500 و800 نسمة في 5 دول عربية وهي: فلسطين، الأردن، تونس، العراق، وقطر، بينما يقل هذا العدد عن 500 نسمة في بقية الدول العربية. فمستويات التغطية في الجزائر تبدو مقبولة بالنظر لمساحتها الجغرافية، وعدد سكانها. حيث بلغ فيها هذا المؤشر حسب نفس التقرير 476 نسمة لكل سرير. أما بالنسبة لتونس فإن المعطيات المتعلقة بسنة 2006، تشير إلى بلوغها معدل 579 نسمة لكل سرير طبي.

شكل رقم (56): متوسط عدد الأسرة لكل 10.000 نسمة في البلدان المغاربية



المصدر: المنظمة العربية للتربية و الثقافة و العلوم، تقرير التنمية البشرية في الوطن العربي في مجالات التربية، الثقافة والعلوم، ومحو الأمية خلال الفترة 1990 – 2003، مرجع سبق ذكره، ص 34.

وتوضح معطيات الجدول السابق الضعف الكبير الذي يعاني منه المغرب، في مجال التغطية السريرية. ويتضح من خلال معطيات الميزانية القطاعية لوزارة الصحة المغربية

---

(1) التقرير الاقتصادي العربي الموحد لسنة 2007، مرجع سبق ذكره.

للسنة المالية 2008 [1]، أن توزيع الأسرة حسب الجهات في المغرب، يواجه تباينات كبيرة حيث تشير الإحصائيات المتوفرة في هذا الإطار، إلى وجود بعض المناطق تحتوي على 05 أسرة فقط لكل 10000 ساكن، مقابل 15 سريرا لكل 10000 نسمة في مناطق أخرى. كما تجدر الإشارة هنا، أن جزءا من بنايات الشبكة الاستشفائية أصبح متقادما، حيث أن أكثر من نصف المستشفيات المتوفرة، تجاوز عمرها أكثر من 40 سنة، وأن 30% تجاوزت أكثر من 50 سنة.

ويبرز تحليل العرض الإجمالي للقطاع العام والخاص، مدى ضعف الدور المكمل الذي يلعبه كل واحد اتجاه الآخر. وبصفة عامة، لم يساعد هذا العرض الإجمالي للخدمات الصحية الأساسية، على خلق التوازن بين مختلف الجهات، وبالأحرى بين الأقاليم. الشيء الذي يستلزم فرض سياسة تشاركية بين القطاعين الخاص والعام، وذلك في إطار إستراتيجية شاملة، لعرض علاجات عادلة، يتم ضبطها بواسطة خريطة صحية.

على البلدان المغاربية أن تولي اهتماما كافيا للسياسات الصحية، وخاصة تلك التي تعنى بتأمين رعاية صحية فعالة للرضع، بالنظر إلى الدور الإيجابي الذي تلعبه في تزايد فرص بقاء الطفل على قيد الحياة وبالتالي يشجع على انخفاض الخصوبة. وهذه الوضعية تسمح للعائلة من زيادة التركيز على تأمين التعليم لعدد أقل من الأطفال. كذلك فإن وصول المرأة إلى خدمات الصحة الإنجابية، سيمكن من تحقيق حجم العائلة المرغوب فيه. إذ أن الاهتمام بصحة الأطفال، تحسين وضعهم الصحي، والعناية بتغذيتهم يضمن أداء تعليميا جيدا، ويقلل من احتمالات التسرب المدرسي.

5-3 أهمية الرعاية الصحية الأساسية:

إن التقرير الخاص بالصحة في العالم، لسنة 2008[2]، الصادر عن المنظمة العالمية للصحة تحت شعار"الرعاية الصحية الأولية: الآن أكثر من أي وقت مضى"، هو إحياء للذكرى الثلاثين لمؤتمر ألما-آتا، الذي تبنى لأول مرة مفهوم الرعاية الصحية الأولية في سنة 1978. ويسعى هذا الشعار إلى رفع المستوى الصحي للفئات المحرومة، من خلال تحسين مستويات الاستفادة من الرعاية الصحية، واستخدام أمثل للموارد المتاحة، كوسيلة لتحقيق العدالة والإنصاف.

---

(1) مشروع الميزانية القطاعية لوزارة الصحة، للسنة المالية 2008، مرجع سبق ذكره، ص 09.

(2) لمعلومات أكثر، أنظر تقرير منظمة الصحة العالمية:

OMS, Rapport sur la santé dans le monde 2008 : Les soins de santé primaires- Maintenant plus que jamais.

فالوضع العالمي في المجال الصحي، يتسم بتوجيه نسبة ضخمة من الموارد المالية، للإنفاق على الخدمات العلاجية، على حساب البرامج الوقائية، التي بإمكانها تخفيف جزء كبير من الأعباء الناجمة عن ارتفاع تكاليف العديد من الأمراض.

كما أن ارتفاع التكلفة الصحية، لم تكن لها نفس النتائج المرجوة حسب المناطق والفئات الاجتماعية. بدليل عدم عدالة التوزيع الجغرافي للخدمات الصحية، التي تميز المنظومات الصحية في البلدان النامية بشكل عام، بما في ذلك البلدان المغاربية الثلاث. تضاف إلى ذلك المشاكل الصحية التي ستواجه تلك المنظومات الصحية، بسبب التغير في التركيبة العمرية للسكان، تنامي السلوك غير الصحي للأفراد، وكذا التوسع الحضري السريع غير المخطط والذي يمارس ضغطا إضافيا على الطاقة الاستيعابية للمنشآت الصحية. هذه الاتجاهات كلها ستساهم أكثر في تغير خريطة المرض بظهور أكثر للأمراض المزمنة. وهي أمراض مكلفة أكثر، وتحتاج إلى رعاية صحية طويلة الأجل.

هذه التحديات الجديدة، التي تواجهها المنظومات الصحية المغاربية، تفرض عليها ضرورة التنسيق بين السياسات العلاجية، والبرامج الوقائية، كوسيلة لتخفيض تكلفة المرض وترسيخ برامج الرعاية الصحية الأولية، والتي تبقى دائما ضمن مسؤوليات الدولة، وهي نقطة مركزية لتوجيه المرضى داخل المنظومة الصحية، والعلاجية. ويتم تطوير مجالات التدخل، وتعزيزها من خلال جملة من الإجراءات، منها على وجه الخصوص:

- الإشراف على برامج صحة الأم والطفل.
- برامج الاهتمام بالبيئة.
- برامج الصحة المدرسية.
- متابعة تنفيذ البرامج الوطنية المتعلقة بالتطعيم، والتلقيح، وتكثيف حملات التوعية، والسلوك الصحي.
- ضرورة إشراك جميع القطاعات، ذات الصلة بمجال الرعاية الصحية الأولية. والاهتمام أكثر بالأسباب الاجتماعية، الاقتصادية، والبيئية ذات التأثير السلبي على نتائج السياسة الصحية، وتكريس التفاوت بين الفئات الاجتماعية والمناطق.

والملاحظ أن هناك فجوة بين الطب العلاجي، والوقائي داخل المنظومات الصحية المغاربية، فالأول يتكفل بالمرض، والبحث عن سبل تلبية الاحتياجات الصحية الفردية

بالتركيز على الفحوصات الطبية، واستهلاك الدواء. في حين أن الطب الوقائي يهتم بالمجتمع ككل، من خلال التطرق لمشاكله الصحية. فهو يركز على الصحة، والمحافظة عليها، بدلا من الاهتمام بالأمراض وعلاجها.

إن التحولات التي تعرفها البلدان المغاربية في المجال الديموغرافي والمرضي تستوجب تعزيز قدرة المنظومات الصحية على مواكبتها، ولا سيما تزايد انتشار ما يعرف بالأمراض غير المتنقلة(1) خاصة منها الأمراض المزمنة، كأمراض القلب، ارتفاع ضغط الدم، القصور الكلوي، السرطان، الربو، السكري، وغيرها. بالتوازي مع بقاء الأمراض والأوبئة التقليدية التي تميز البلدان النامية (الأمراض المتنقلة عن طريق المياه، السل..). فالأمراض المترتبة عن التحولات الديموغرافية في دول المنطقة ستكون لها ضغوط إضافية على الموارد المالية المخصصة للمنظومات الصحية، بحكم ارتفاع كلفة علاجها. وهو ما يتطلب الاستمرار في تدعيم البرامج المتعلقة بتوفير المياه المأمونة، وخدمات الصرف الصحي، مع تطوير برامج التوعية والصحة الوقائية، والارتقاء بجودة الخدمات الصحية المقدمة.

وتشكو المنظومات الصحية المغاربية، بشكل عام، من ضعف أساليب التسيير، التي تضمن تحديد الأولويات، واستعمال الموارد المتاحة بما يسمح بتحسين أكثر للمؤشرات الصحية للسكان، تحقيقا للعلاقة الأساسية " التكلفة/ الفعالية".

فبالنسبة لحالة الجزائر، فإن التشريع المعمول به، لا يسمح بضمان التسيير الجيد للمنظومة الصحية الوطنية، في ظل تواجد عدة هيئات "وزارات" تتولى عملية التسيير.

- وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، التي تعطي التوجيهات الأساسية، وضمان التسيير العام للمنظومة الصحية.
- وزارة العمل، والضمان الاجتماعي، تتولى مهمة الوصاية على صناديق التأمين على المرض.
- وزارة المالية، التي تناقش مع وزارة الصحة، ميزانية الصحة العمومية.
- وزارة التعليم العالي، والبحث العلمي، التي تتولى بالأساس، مهمة تكوين الأطباء(2).

ولضمان التسيير الجيد، لهذه المنظومة الصحية، لا بد أن يكون هناك تعاونا، وتنسيقا كافيين بين كل الفاعلين. غير أن الملاحظ هو ضعف التكامل فيما بين الوزارات المذكورة.

(1) *Maladies de civilisation.*

(2) *Banque mondiale, République Algérienne démocratique et populaire, a la recherche d'un investissement publique de qualité, Rapport N 36270-DZ, 15 aout 2007, op. cit, p167.*

فالعلاقة بين وزارة الصحة، ووزارة العمل والضمان الاجتماعي، أصبحت صعبة، بسبب المشاكل التي ما تزال قائمة، والمتعلقة بآليات تقاسم تكاليف تسيير المنشآت العمومية للعلاج. كما أن وزارة التعليم العالي، والبحث العلمي، هي التي تقوم بتحديد محتوى البرامج لكليات الطب، في حين أن وزارة الصحة هي الأجدر بتحديد احتياجات المنظومة الصحية الوطنية في هذا المجال[1]. وبشكل عام نقول أن التغير في خريطة المرض، يتطلب ضرورة تكيف منظومة التكوين، مع تلك الاحتياجات الجديدة والمتنامية، والعمل على تغطية النقص المسجل في بعض التخصصات الطبية الأساسية.

[1] *Banque mondiale, République Algérienne démocratique et populaire, a la recherche d'un investissement publique de qualité, Rapport N 36270-DZ, 15 aout 2007, op. cit, p167.*

خلاصة الفصل الثالث:

يتمثل الهدف العام في المجال الصحي، في تحسين جودة الخدمات الطبية المقدمة والانفتاح على القطاع الخاص كشريك فعال في ضمان عرض العلاج، وتحسين نوعيته. ويمثل القطاع العمومي أداة الدولة، في مجال توفير الأمن الصحي للمواطن، والوقاية من الإمراض المتنقلة، فضلا عن تكفله بضمان مراقبة المواد الاستهلاكية. ويظل القطاع العمومي هو القطاع المرجعي في ميدان الخدمات العلاجية والوقائية، البحث، والتكوين.

وقد حققت البلدان المغاربية الثلاث، التي تنتمي إلى فئة الدول متوسطة الدخل، تقدما كبيرا في تحسين المؤشرات الصحية لسكانها، كما أنها تمضي قدما، بصفة عامة، في المسار الصحيح لتحقيق غايات الهدف الإنمائي للألفية الجديدة، والمتعلق بالرعاية الصحية بحلول عام 2015. إلا أن هذه البلدان، وخاصة المغرب، لا تزال تواجه تباينات صارخة بين المناطق الريفية والحضرية، من حيث النتائج الصحية المحققة، إضافة إلى وجود فجوات كبيرة في مجال تأمين الرعاية الصحية لمختلف فئات المجتمع. هذه الوضعية تستوجب إصلاحات تنظيمية، ومؤسسية في المنظومات الصحية، سعيا لتفادي هذه الاختلالات الهيكلية، وبما يستجيب للتغيرات الديموغرافية، وكذا التحولات في خريطة المرض التي تشهدها هذه البلدان المغاربية. والتي من شأنها ممارسة ضغوط إضافية على المنظومات الصحية المغاربية في مجالات التمويل، والتكفل المستمر والجيد بمثل هذه الحالات.

فالشبكة العمومية يجب أن تحافظ على مكانتها، كمسؤول أول في مجالات عرض وتوجيه مستويات العلاج، مع ضمان مستويات معينة من التمويل. وإلى جانب ذلك تنظيم نشاط القطاع الخاص، والاستفادة من شبكته العلاجية، بما يحقق التكامل للمنظومة الصحية بشكل عام. بحيث تصبح هذه الشراكة وسيلة لمواجهة التحديات، والاختلالات التي تميز المنظومات الصحية المغاربية، وتساهم في تحسين مستويات الحصول على العلاج، ضمان نوعيته، وبما يحقق مبدئي العدالة والإنصاف.

ومن هنا تبرز أهمية الاستثمار في تنمية المنظومات الصحية في البلدان المغاربية، بما يتيح تحسين أدائها وجعلها أكثر إنصافا وكفاءة، وتمكينها من الوفاء بالاحتياجات المتغيرة للسكان. لذلك فمن الضروري أن ترتكز تلك الجهود، والاستثمارات على نقاط أساسية أهمها:

- تنمية القدرات التنظيمية، لضمان جودة، ونوعية الخدمات المقدمة.

- تفعيل دور القطاع الخاص، وضبط نشاطه، مع تشجيع شراكات بين القطاعين العام والخاص بغرض زيادة كفاءة خدمات الرعاية الصحية وجعلها في متناول الجميع.
- توسيع نطاق برامج الرعاية الصحية العامة المتعددة القطاعات، بغية تشجيع أنماط حياة صحية، وتخفيض أثر المخاطر السلوكية، والبيئية.

وتبقى مبادئ وقيم الرعاية الصحية الأولية، كما وردت عام 1978 في إعلان ألما-آتا الإطار المحدد للصحة العامة. بحيث توجد صحة الأم والطفل في قلب الأولويات التي تم إقرارها. وهو ما يستدعي إدراج صحة هاتين الفئتين على جميع المستويات في منظومات صحية قادرة على تقديم خدمات عالية الجودة لمختلف شرائح المجتمع، تكون أكثر إنصاف لتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية.

الفصل الرابع
تمويل المنظومات الصحية المغاربية

تمهيد:

تسعى المنظومات الصحية إلى التركيز على أمور أساسية، تتمثل من جهة في كيفية الحصول على موارد مالية كافية، والاستفادة منها لتحقيق الفعالية، الكفاءة، والعدالة؟. ومن جهة أخرى اعتماد السياسات الكفيلة بحصول الفئات المحرومة على خدمات الرعاية الصحية الضرورية بكلفة ميسورة، ودون تعرضهم للمخاطر المالية.

وتسعى السلطات العمومية، من خلال السياسات المطبقة، إلى تطوير منظوماتها الصحية، وفق خريطة صحية وطنية مضبوطة، تأخذ في الاعتبار الاحتياجات الصحية للسكان، والسعي الدائم لتحقيق مبدأ التوزيع المتكافئ للموارد، والتجهيزات. كل ذلك في إطار تكامل وظيفي بين القطاعين العام والخاص. وتحتاج أنظمة تمويل الصحة، في الكثير من البلدان، إلى المزيد من التطوير، من أجل ضمان الخدمات الأساسية، والحماية ضد المخاطر المالية، الناجمة أساسا عن أساليب الدفع المباشر في نقاط تلقي تلك الخدمات.

ويشكل الإنفاق العام على تقديم خدمات الرعاية الصحية عنصرا جوهريا في ضمان الحصول على الخدمات الصحية، ومن ثم تخفيف عبء الإنفاق الفعلي للأسر. وقد تكون الأقساط المرتفعة، والمسددة بشكل مباشر من قبل الأفراد، عند حصولهم على الرعاية الصحية، عائقا أمام توفير الحماية من الأخطار المالية. خصوصا في ظل تفاوت إمكانيات الإنفاق المباشر للأسر على هذه الخدمات. وهو ما يطرح مسألة تحقيق الإنصاف، العدالة والمساواة في الحصول على خدمات الرعاية الصحية.

4- 1 مسألة التمويل وتحقيق مبدئي العدالة والإنصاف:

يسمح نظام الحسابات الوطنية للصحة[1] (*les comptes nationaux de la santé*) بمراقبة منتظمة، شاملة، ومنسقة، للتدفقات المالية، لمنظومة صحية، خلال فترة زمنية معينة. بحيث تسجل جميع النفقات المخصصة للأنشطة الهادفة إلى ترقية صحة الأفراد، والمجتمع.

ويحظى نظام الحسابات الوطنية للصحة بدعم منظمة الصحة العالمية. وتكمن فائدته في المساعدة على معرفة كيفية توزع الموارد المالية، البشرية، والإدارية، على مختلف مرافق العلاج، وأنواع الخدمات الصحية. ومن ثم إعادة تخطيط هذه الموارد، وضع الأولويات ومتابعة التكاليف، ترشيدها وتخفيض مستويات الإنفاق الصحي. ويسمح هذا النظام بالإجابة على جملة من الأسئلة الأساسية أهمها:

- ما هو مصدر هذه الموارد المالية ؟
- كيف يتم توجيه هذه الموارد ؟
- ما هي السلع، والخدمات التي يمكن الحصول عليها بهذه الموارد ؟
- من يقدم هذه الخدمات، ومن يستفيد منها؟

وتوجه الحسابات الوطنية للصحة، خصوصا لمساعدة متخذي القرار على رسم السياسات الصحية، وجعل المنظومة الصحية أكثر فعالية.

إن اختيار طرق، ووسائل تمويل المنظومة الصحية، يجب أن يتم في إطار خصوصية كل دولة. فالملاحظ على المستوى العالمي، أن جميع الدول، باختلاف توجهاتها، ومستويات تطورها، تسعى إلى مراجعة الأساليب التي تمول بها منظوماتها الصحية، سواء تعلق الأمر بطرق تحصيل الأموال، أو توزيع المخاطر المحتملة، وحزمة الخدمات الصحية التي يمكن تقديمها، أو التي يتم شراؤها.

فتحليل هذه المنظومات، يظهر التباين في مستويات التنظيم، التشريع، والتمويل. بحيث تتبنى الدول اختيارات متباينة، بالنظر لماضيها، وتوجهاتها. يظهر معها اختلاف في وسائل تجميع وتمويل تلك المنظومات الصحية. وإذا كان تحقيق مبدأ الإنصاف هو من بين الأهداف

---

(1) لمعلومات أكثر، أنظر: منظمة الصحة العالمية، المرشد إلى إنشاء نظام الحسابات الصحية الوطنية، مع تطبيقات خاصة للبلدان ذات المدخول المنخفض والمتوسط، جنيف 2003.

الأساسية للسياسة الصحية، فإن المساهمة المتنامية للسلطات العمومية تعتبر ضرورية لضمان تمويل، وتنظيم العلاجات الصحية. ويمكن القول أن للمنظومة الصحية أربع وظائف أساسية هي:[1]

تقديم الخدمات، إيجاد وتوفير الموارد (النفقات المخصصة للموارد البشرية، وتنمية هذه الأخيرة من أجل الصحة، المنشآت، ومختلف التجهيزات)، ضمان التمويل، والإدارة العامة. هذه الأخيرة تتمثل في مسؤولية السلطات العمومية في المجال الصحي، من خلال أنشطة الرقابة، التوجيه، والقوانين التشريعية. أما الوظيفة المالية، فتكمن في ضمان توفير الموارد المالية بالحجم الكافي، الذي يمكن السكان من الوصول إلى مختلف خدمات الرعاية الصحية بشكل فعال. وبعبارة أخرى تسعى الحكومات إلى ضمان تحصيل الأموال اللازمة، واستخدام الأموال بأفضل طريقة ممكنة، ومن ثم شراء، أو توفير الخدمات الصحية. ويمكن شراء الخدمات الصحية من المرافق العامة، أو الوحدات الخاصة، لمحاولة ضمان التغطية الشاملة.

وبالرغم من أن الصحة لا تقدر بثمن، إلا أن الرعاية الصحية تكلف مالا، ومن ثم فإن المدفوعات المباشرة تعتبر السبب الرئيسي الذي يؤدي إلى الإنفاق الباهظ على الصحة. وتعتبر مسألة التمويل من الوظائف الرئيسية للمنظومات الصحية، بحيث تحدد سياسات التمويل من الذي يمكنه الحصول على الخدمات الصحية الأساسية، وما يقـدم من خدمـات ومدى جودتها، ومن الذي يدفع تكلفتها.

ولا تعني زيادة الإنفاق بالضرورة تحقيق نتائج فعالة، وبخاصة إذا لم يتم توجيه الاستثمارات نحو الإجراءات الأكثر فعالية، من حيث التكاليف أو الفئات المستهدفة، وتحويل هذه الاستثمارات في قطاع الرعاية الصحية إلى نمو مستدام تستفيد منه كافة شرائح المجتمع. ولهذه الغاية يبدو من الضروري العمل على تطوير أنظمة معلومات حديثة، تتوافر معها قاعدة المعلومات، والبيانات اللازمة لأخذ القرارات الصائبة على جميع المستويات. ويمكن تمييز أربع فئات لتمويل المنظومات الصحية:

- الضرائب العامة.
- الاشتراكات الإجبارية في صناديق التأمين على المرض للضمان الاجتماعي.

---

(1) *GUY Carrin, Régimes d'assurance - maladie communautaires dans les pays en développement: faits, problèmes et perspectives, Organisation Mondiale de la Santé, Genève, 2003, P 6-7.*

- ❖ الاشتراكات الطوعية (الاختيارية) في صناديق التأمين الخاصة.
- ❖ التسديدات المباشرة للمرضى إلى مقدمي الخدمات الصحية.

وعند الحديث عن مسألة الإنصاف في تمويل المنظومات الصحية، يمكن القول أن استعمال الإيرادات الضريبية، والتأمين الاجتماعي (التأمين على المرض التابع للضمان الاجتماعي) كمصادر أساسية للتمويل، قد تسمح ببلوغ درجات مرتفعة من الإنصاف في عملية التمويل والاستفادة من الخدمات الصحية المقدمة .

وتختلف طرق التمويل باختلاف توجهات الدول، والسياسات المطبقة. فقد تستعمل الإيرادات الضريبية العامة كمصدر رئيسي في تمويل الصحة، وهو ما يعرف بالتمويل الصحي عن طريق الضرائب. أما الأسلوب الثاني في عملية التمويل فهو تطبيق التأمين الصحي الاجتماعي، ويتم الاعتماد فيه على تحصيل الاشتراكات الاجتماعية بشكل مسبق من العمال الأجراء، العمال المستقلين، المؤسسات، والدولة. وتتم عملية تجميع الأموال في صندوق واحد، أو عدة صناديق للتأمين الصحي الاجتماعي، بحيث أن المخاطر المالية المتعلقة بالصحة تكون موزعة على جميع المشتركين، وهو ما يحقق نوعا من التكافل والتضامن الاجتماعي بين المرضى والأصحاء، أو بين الأغنياء والفقراء.

وتجدر الإشارة إلى أن خيار التمويل الأول يتيح التغطية الشاملة بصورة تلقائية، من خلال استفادة السكان والمقيمين من مجموع الخدمات التي تقدمها المنظومة الصحية. أما الخيار الثاني للتمويل (التأمين الصحي الاجتماعي) فإن الاستفادة من الرعاية الصحية فيه ترتبط بالاشتراكات المقدمة، وبالتالي لا يمكن تحقيق مبدأ التغطية الشاملة إلا إذا تم تسديد الاشتراكات نيابة عن الفئات العاجزة.

وهناك ميزة ثانية يمكن إبرازها بين أسلوبي التمويل السالفي الذكر، ففي التمويل الصحي عن طريق الضرائب، تكون الاشتراكات ضمنية، بحيث يجهل دافع الضريبة الحصة المخصصة لتمويل الخدمات الصحية. أما في منظومة التأمين الصحي الاجتماعي، فإن المشتركين بشكل عام، على دراية بقيمة الأموال المسددة للخدمات الصحية.

وبالإضافة لما ذكر، فإن العديد من البلدان تلجأ إلى نظام مختلط لتمويل منظوماتها الصحية بحيث تتم تغطية بعض فئات السكان عن طريق إيرادات الضرائب العامة، أما الفئات الأخرى فيتم تغطيتها عن طريق الاشتراكات في صناديق التأمين الاجتماعي.

والملاحظ أن تمويل النفقات الصحية من خلال الضرائب ليس بالأمر السهل، وخاصة في الدول النامية، والضعيفة الدخل، وذلك بسبب محدودية الوعاء الضريبي، من جهة وضعف القدرات التنظيمية في تحصيل الضريبة، أو التهرب الضريبي من جهة أخرى. أما منظومة التأمين الصحي الاجتماعي، ورغم النقائص التي قد تظهرها، فإنها تحظى باهتمام متزايد لدى السلطات العمومية، ومتخذي القرار. كما أن المؤسسات المالية الدولية، والهيئات والدول المانحة، تعتبر التأمين على المرض من أنجع الآليات التي تضمن مستويات التمويل للمنظومات الصحية. والسبب في ذلك أن هذا النظام في التمويل لا يضع كل أعباء التمويل الصحي على عاتق الحكومات، بل يتم توزيع تكاليف النفقات العلاجية للمؤمنين على عدة شركاء[1]. والجزء من النفقات، الذي يبقى على عاتق الأسر، يعتبره البعض وسيلة لترشيد مستوى الطلب، واستهلاك الخدمات الصحية، من أجل تفادي الاستعمال المفرط.

4-1-1 مفهوم التأمين الصحي:

يعتبر التأمين الصحي أحد أهم أنواع التأمين، وأكثره ارتباطا بأفراد المجتمع ومنظماته وذلك نتيجة لما له من أثر ايجابي في توفير الأمان، الادخار، حماية الأسرة، الوقاية من الأمراض، ومساهمته في التنمية الاقتصادية. حيث تنبع أهمية التأمين الصحي من عدة عوامل اجتماعية واقتصادية يمكن ذكر بعضها :

- الارتفاع الكبير والمستمر في تكاليف الرعاية الصحية، بفعل التكنولوجيا الطبية الحديثة، بحيث أنها أصبحت تتعدى القدرة المالية لغالبية الأفراد والأسر، هذه التكاليف قد يضطر معها الفرد لبيع بعض ممتلكاته، أو الاستدانة لتغطية تكليف العلاج.
- عدم إمكانية التنبؤ بحدوث المرض أو كلفته على مستوى الفرد والأسرة، مما يصعب على الفرد اتخاذ الإجراءات الضرورية لموازنة الدخل، لتغطية هذه التكاليف.

إن التأمين الصحي، حسب تعريف منظمة الصحة العالمية، هو وسيلة لدفع بعض، أو كل تكلفة الرعاية الصحية. فهو يحمي المؤمن عليهم من دفع التكلفة العالية للعلاج في حالة الإصابة بالمرض. فمبدأ التأمين الصحي هو قيام المستهلك بدفع أقساط منتظمة لمؤسسة

---

[1] لمعلومات أكثر أنظر:

Guy Carrin, L'assurance sociale maladie dans les pays en développement : un défi permanent, revue internationale de sécurité sociale, vol 55, 2002.

إدارية تكون مسؤولة عن إدارة وتسيير هذه المدفوعات في نظام لدفع نفقات العلاج إلى مقدميها. بحيث يجسد التأمين الصحي مبدأ التضامن بين فئات المجتمع، وحصول الفرد على الرعاية الصحية عند الحاجة.

ويعتبر التأمين الصحي من أقدم فروع التأمينات الاجتماعية، والتي ورد ذكرها في الفصل السابق، حيث بدأ ظهوره في ألمانيا في عهد بسمارك، من خلال ما يعرف بمنظومة التأمين على المرض (النظام المهني لبيسمارك). حيث تعتمد هذه المنظومة الصحية على الاشتراكات الاجتماعية المقتطعة من الأجور، ومساهمات المؤسسات. وتستخدم حصيلة هذه الاشتراكات لعلاج المؤمن عليهم حسب حاجتهم، وليس بحسب مساهماتهم المالية.

ويعرف التأمين الصحي بأنه "الوسيلة الاجتماعية، والاقتصادية لتجميع مدفوعات الأفراد والجماعات على شكل أقساط، لمقابلة الخسائر المحتملة عند الوقوع في حالة المرض، عن طريق نقل مسؤولية هذه الخسائر إلى هيئة، أو منظمة"[(1)]

ومع المفهوم المعاصر للرعاية الصحية، اتسع مفهوم التأمين الصحي، من مجرد تأمين للخدمات العلاجية والوقائية، إلى محاولة تحقيق شخصية إنتاجية سليمة بدنيا، وذهنيا. وأصبح التأمين الصحي يعرف بأنه:" صيانة العاملين من الأمراض عن طريق تقديم الرعاية الصحية، وتقديم الإعانة بسبب فقدان الدخل، نتيجة العجز المؤقت، أو الدائم عند وجود المرض"[(2)]. كما يعرف التأمين الصحي بأنه سلسلة من الإجراءات لحماية المواطن ضد أخطار المرض، أو الإصابة، ويكفل تقديم رعاية طبية عاجلة، وكاملة، لكل من يحتاج إليها (وتعويضه ضد العجز المؤقت الذي ينتج عن المرض أو الإصابة، وفقا لنظام التأمين الاجتماعي)[(3)].

مما سبق يمكن القول بأن التأمين الصحي هو تنظيم اقتصادي اجتماعي، الغرض منه تيسير حصول الفرد على الخدمة الصحية التي يطلبها، دون أن يقف العائق المالي حاجزا

---

(1) هبة علاء الدين جبارة، تقييم التأمين الصحي الحكومي في مصر، مع دراسة حالة لوحدة مدينة نصر، رسالة دكتوراه في الاقتصاد، كلية التجارة، فرع البنات، قسم الاقتصاد، جامعة الأزهر، سنة 2006، ص 1.

(2) نفس المرجع، ص 2.

(3) التأمين الصحي في واقع النظام الصحي المعاصر(دراسة نظرية وميدانية استطلاعية)، جمهورية مصر العربية، معهد التخطيط القومي، سلسلة قضايا التخطيط والتنمية، رقم 159، يوليو 2002، ص 57.

أمامه. ويمكن التمييز بين نظامين أساسيين للتأمين الصحي: التأمين الصحي الإجباري، والتأمين الصحي الاختياري الخاص.

4-1-1-1 التأمين الصحي الإجباري:

يعتمد هذا النوع من التأمين على تحديد الاشتراك كنسبة من الدخل، وعادة ما تكون تغطيته شاملة ومستمرة، وليست بعقود محدودة المدة. كما أنه لا يهدف إلى تحقيق الربح، وهو ذو تكلفة أقل. كما أن فرض نظام التأمين الصحي الإجباري، من شأنه أن ينمي مصادر تمويل الرعاية الصحية، وذلك للأسباب التالية[1]:

- يؤدي التأمين الصحي الإجباري إلى جلب موارد مالية إضافية لقطاع الصحة، وتوجيهها للخدمات الصحية المنظمة. على اعتبار أن تلك الموارد لا يمكن توجيهها لغير ذلك.
- لا تضطر شريحة كبيرة من محدودي الدخل، الذين يغطيهم هذا النوع من التأمين، إلى دفع تكاليف مرتفعة للحصول على رعاية صحية.
- يؤدي التأمين الصحي الإجباري، إلى وجود حوافز لبناء المستشفيات في القطاع الخاص وتدريب القوى العاملة الصحية. مما يخفف الكثير من العبء على الخدمات الصحية الحكومية ويفسح المجال أمامها لتوفير الخدمات الصحية لمحدودي الدخل، الذين لا يشملهم التأمين الصحي الإجباري.
- تفضل السلطات العمومية، ومتخذو القرار تطبيق التأمين الصحي الإجباري، عوض الزيادات في مخصصات الإيراد العام للقطاع الصحي.

وحسب وجهة نظرنا، يرجع الخلل في اقتصاديات التأمين الصحي، خاصة في البلدان النامية، إلى عدة اعتبارات نذكر منها:

- التطور التكنولوجي الكبير، وما صاحبه من تغير في أساليب تشخيص المرض والعلاج نتج عن ذلك تكاليف كبيرة، يصعب تحملها.
- عدم ملائمة الظروف الاقتصادية، التي أدت إلى ارتفاع الأسعار، وخاصة بالنسبة للأدوية والتجهيزات الطبية.
- زيادة عدد كبار السن في المجتمعات، وما يتطلبه ذلك من زيادة في مستوى التكاليف.

---

[1] التأمين الصحي في واقع النظام الصحي المعاصر، مرجع سبق ذكره، ص 58-59

- عدم توازي نمو الموارد المالية، بما يتناسب والزيادة المتسارعة في النفقات الصحية.
- ضعف مستويات التغطية، وكذا سلة الخدمات الصحية المقدمة.

4-1-1-2 التأمين الصحي الخاص الاختياري:

بإمكان نظم التأمين الخاصة أن تساهم بشكل كبير في تمويل الرعاية الصحية، إذا كانت في إطار تشريعي، ولوائح مالية تحمي نظم التأمين الإجبارية للحكومة. فقد تلجأ نظم التأمين الخاصة إلى محاولة جلب، وتأمين الأفراد الذين يعانون من مخاطر بسيطة، مع تكفل نظم التأمين الإجبارية بالفئات المعرضة لمخاطر صحية أكبر. فالتأمين الصحي الخاص (التجاري) يعتمد على تحديد الاشتراك بقدر التعرض للمخاطر الصحية. والتغطية هنا هي جزئية، وذات مستويات متعددة، وتتم بعقود محدودة المدة . فالتأمين في هذه الحالة هو اختياري لمن أراد الانضمام، شريطة أن تكون لديه القدرة على دفع الأقساط. ويمكن لمؤسسات التأمين الصحي الخاص أن توفر التغطية، بما فيها التغطية التكميلية، لسد الفجوة التي لا يغطيها التأمين الصحي الاجتماعي.

ورغم تباين الغايات، ومصادر التمويل، فإن الانشغالات المشتركة تصب معظمها في كيفية الحصول على الأموال بالحجم الذي يضمن تقديم الرعاية الصحية، والعمل على تحسين كفاءة الأداء، بما يتيح التقليل من حجم النفقات الصحية. وتعتبر أساليب الدفع المسبق، تجميع الأموال وتوزيع المخاطر، من المبادئ الأساسية للحماية من الأخطار المالية، وضمان أن لا تكون تكلفة الرعاية المطلوبة عائقا أمام الأفراد في طلب الخدمات التي يحتاجونها.

ولقد أصبح نمو تكاليف الصحة من الانشغالات الكبيرة لمختلف الدول. كما أن ضمان تقديم تغطية شاملة، ودائمة للعلاجات الأساسية، هي من القيم المتعارف عليها. إلا أن معدل نمو هذه النفقات الصحية يفوق في الكثير من الأحيان معدلات النمو الاقتصادي، وهو ما يطرح إشكالية ضمان المستويات المطلوبة في عملية التمويل. ويعتبر النمو الديموغرافي، هرم السكان، التطور التكنولوجي في المجال الطبي، تغير خريطة المرض، كلها من العوامل التي تمارس ضغطا مستمرا على تمويل المنظومات الصحية .

ولضمان تلبية المنظومة الصحية لاحتياجات السكان، يجب أن تضمن الحكومة ما يكفي من الموارد المالية لتحقيق تدخلات الصحة العامة ، والبنية الأساسية المناسبة، فضلا عن ضمانها

لتوزيع هذه الموارد بصورة مناسبة عبر المناطق الجغرافية ومستويات الدخل. فالمنظومات الصحية، على اختلافها، تسعى لتحقيق هدفين أساسيين:

- تحسين مستوى النتائج الصحية المحققة، ومستوى توزيعها بين السكان.
- ومن جهة أخرى حماية الأفراد من المخاطر المالية التي قد تكون كبيرة. هذه المخاطر المالية قد تكون بسبب فقدان الدخل نتيجة حدوث المرض، أو النفقات المالية المترتبة عن طلب الخدمات الصحية.

وتختلف درجة العدالة في المساهمة المالية من منظومة صحية لأخرى، ومفهوم العدالة هنا يعني أن تدفع كل أسرة قسطا عادلا من دخلها للحصول على الرعاية الصحية اللازمة. ويصبح الإنفاق الصحي باهظا عندما تضطر الأسر إلى تقليص إنفاقها على البنود الأساسية الأخرى (كالغذاء وغيره) من أجل توفير التكاليف الصحية. هذه المشكلة هي نتاج لضعف مستويات التغطية ، واللجوء إلى أسلوب الدفع المباشر عند طلب الخدمة. والمقصود بالإنفاق الصحي المباشر كل النفقات المباشرة التي يتم دفعها في أماكن تلقي الخدمات الصحية، مثل رسوم الاستشارات الطبية، شراء الأدوية، التحاليل المخبرية وغيرها. وعليه نقول بأن تحقيق العدالة في المساهمة المالية تتضمن عنصرين هامين[1]: أن تعتمد مساهمة الأفراد في تمويل المنظومة الصحية على الدخل. وأن لا تكون متوقفة على حالتهم الصحية. وهنا تكمن ضرورة الاهتمام بطريقة شراء، أو تقديم الخدمات الصحية باستخدام الأموال المجمعة بما يمكن من تلبية احتياجات السكان الصحية، ومعالجة مسألة المساواة بالشكل الأمثل.

4- 1-2 تحقيق التغطية الشاملة:

يتفق الكثير من خبراء الصحة، أن المنظومة الصحية لأي بلد تمثل الإطار الذي من خلاله يتم التعرف على الاحتياجات الصحية للسكان، والعمل على توفيرها بإيجاد الموارد اللازمة، وإدارتها على الأسس الصحيحة. ولا توجد منظومة صحية مثالية، لكن القواسم المشتركة لأفضلها هي:

- مدى تحقيقها للتغطية الشاملة لكل فئات المجتمع.

---

(1) منظمة الصحة العالمية ، تأثير الإنفاق الصحي على الأسرة والخيارات البديلة لتمويل الرعاية الصحية ، ورقة تقنية، اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط، الدورة الحادية والخمسون، البند6 (أ) من جدول الأعمال، أيلول/سبتمبر 2004، ص 05.

- عدالة هذه التغطية المقترحة.
- أن تكون هذه التغطية ذات تكلفة معقولة للدولة والفرد.

وبعبارة أخرى، فإن المنظومة الصحية الفعالة هي التي توفر الخدمات الصحية الجيدة للأفراد، وتلبي احتياجاتهم، مع الالتزام بتحقيق مبدأ العدالة في الحصول على الخدمات الصحية المقدمة، وكذا الإسهامات المالية للأفراد. فهي مطالبة بتوفير جملة أساسية من الخدمات الصحية المضمونة الاستمرار، والميسورة الكلفة، والتي ترتكز على قدرة الأسر على الدفع بغض النظر عن حاجتها إليها، وما تنطوي عليه من مخاطر. أي أن المساهمة المالية يمكن اعتبارها عادلة عندما تكون النفقات التي تتحملها الأسر من أجل الخدمات الصحية تتناسب مع قدراتها على الدفع ولا تمثل التكلفة الحقيقية المترتبة عن المرض.

ولضمان التغطية الشاملة، في الدول التي لم تتمكن بعد من تحقيقها، فإنه يتوجب تنمية أسلوب الدفع المسبق، مع تقليل الاعتماد على أسلوب الدفع المباشر، والمساهمة المالية لمستعملي وطالبي الخدمات الصحية. ويمكن تحقيق ذلك عن طريق نظام تمويلي يعتمد على إيرادات الضرائب بشكل أكثر شمولا، وأكثر عدالة، أو عن طريق منظومة التأمين الصحي الإجباري أو باستعمال كلا الأسلوبين معا(1).

وتعرف التغطية الشاملة أيضا، بأنها إتاحة التغطية الصحية، الوقائية والعلاجية لجميع الأفراد، وبتكلفة ميسورة، لتحقيق مبدئي العدالة والإنصاف في الحصول عليها. إضافة إلى عنصر الحماية ضد المخاطرة المالية التي قد يتعرض لها الأفراد، بسبب تكاليف الرعاية الصحية.(2) وتحقيق هذا الهدف الأخير يدخل في إطار تحقيق مفهوم التمويل العادل. فمن هذا المنطلق يساهم الفرد، والأسرة في المنظومة الصحية حسب القدرة على دفع التكاليف. وبعبارة أخرى فإن الجزء الأكبر من التمويل يتأتى من الاشتراكات المسبقة، وليس من التكاليف التي يتم تسديدها مباشرة عند طلب الخدمة.

إن التغطية الصحية الشاملة هي مسعى كل المنظومات الصحية، والتي تمكن من حماية الأسر من النفقات الصحية الباهظة، مع بقاء بعض البرامج العمومية تحت مسؤولية

(1) *OMS, Atteindre la couverture universelle: le développement du système de financement, Résumés techniques pour décideurs , Numéro 1, 2005.*

(2) منظمة الصحة العالمية، التمويل الصحي المستدام، التغطية الشاملة، والتأمين الصحي الاجتماعي، تقرير من الأمانة جمعية الصحة العالمية الثامنة والخمسون، البند 13– 16 من جدول الأعمال المؤقت ، 07 أفريل 2005.

الحكومة، بغض النظر عن خيارات التمويل في المجال الصحي. هذه البرامج تكمن في المياه المأمونة، الصرف الصحي، برامج التلقيح والتطعيم، والتي يتم تمويلها عادة من الضرائب ومصادر الإيرادات الأخرى. والملاحظ أن سعي الدول لتحقيق هذه الغايات وبأساليب مختلفة، يتطابق مع مفهومي، وشعاري المنظمة العالمية للصحة: توفير الصحة للجميع، وضمان الرعاية الصحية الأولية.

وقد أظهرت تجارب بلدان العالم التي نجحت بالفعل في تحقيق التغطية الشاملة، أنها جميعا مرت بمرحلة انتقالية، تم خلالها تزايد نصيب الإنفاق العام من خلال الضرائب، أو التأمين الصحي الاجتماعي، أو كليهما، بينما انخفضت نسبة الإنفاق المباشر. وهناك العديد من العوامل التي تحدد المدة التي تستغرقها الفترة الانتقالية، والتي تشمل التوجهات السياسية ومستوى الأداء الاقتصادي لكل بلد. ففي المراحل الأولى تكون التغطية جزئية، وتكون الفئات الفقيرة أقل حماية على ضوء التسديدات المباشرة في نقاط تلقي الخدمات العلاجية.

ويتوقف تحقيق التغطية الشاملة، على الآليات التنظيمية التي تسمح بتحصيل المساهمات المالية، من أجل المنظومة الصحية، على نحو يتسم بالكفاءة، والإنصاف من مختلف المصادر، وتجميع هذه المساهمات واستخدامها لتوفير التدخلات الصحية الفعالة، أو سداد تكلفتها، بحيث يتقاسم الجميع تكاليف الخدمات الصحية، بغض النظر عن الحالات المرضية. وتحدد الطريقة التي تجمع بها البلدان بين هذه الوظائف مدى الكفاءة، والإنصاف في تمويل منظوماتها الصحية[1].

وهناك فجوات كبيرة، في مجال الرعاية الصحية المقدمة، في معظم البلدان النامية وداخل الدولة الواحدة، لاسيما في المناطق الريفية، أو فيما بين العاملين في القطاع غير الرسمي وعائلاتهم. ومن الضروري ربط الاستثمارات في أنظمة الرعاية الصحية مع تطوير شبكة جيدة للأمان الاجتماعي.

فالدول النامية، وفي ظل محدودية الموارد الاقتصادية، وتذبذب مستويات النمو الاقتصادي المنجز، والمشاكل التي يعاني منها القطاع العام، وضعف مستويات تنظيمه، كلها تفسر الصعوبات التي تواجه هذه الدول النامية بشكل عام، في ترسيخ نظام تمويلي فعال

(1) منظمة الصحة العالمية، التمويل الصحي المستدام، التغطية الشاملة، والتأمين الصحي الاجتماعي، مرجع سبق ذكره.

وعادل. فالمنظومة الصحية الممولة عن طريق الضرائب في هذه الدول، قد يكون من الصعب تجسيد التغطية الشاملة فيها، في ظل غياب أسس ضريبية متينة، تصعب معها إمكانيات التحصيل، وكذا عدم وفاء الأشخاص بالتزاماتهم الضريبية.

أما في منظومة التأمين الصحي الاجتماعي، فإن التغطية تشمل في البداية العمال في القطاع الرسمي، ليتم لاحقا توسيع مستويات التغطية لتشمل المهن الحرة، والقطاع غير الرسمي. وبالنظر للوضعية الاقتصادية للدول النامية، فمن الصعب تحقيق مبدأ التغطية الشاملة خصوصا في ظل محدودية إيرادات صناديق الضمان الاجتماعي، وتفاقم مشكلة البطالة بين السكان النشطين.

4-2 النفقات الصحية في البلدان المغاربية:

لقد حققت بلدان المغرب العربي تحسنا كبيرا في مؤشرات الرعاية الصحية، ولاسيما من خلال تحسين مؤشر أمل الحياة عند الولادة، تخفيض معدلات الوفيات فيما بين الرضع والأطفال، إلا أنها تواجه تحديات صحية جديدة من شأنها التأثير على إنجازاتها التي تحققت حتى اليوم. وتكمن الصعوبات الحالية في ارتفاع تكاليف الرعاية الصحية إلى التغير السريع في التكنولوجيات الطبية في السوق العالمية، وسياسات الانفتاح المطبقة من قبل هذه البلدان المغاربية. ضف إلى ذلك جملة من التحديات الجديدة، والمتمثلة أساسا في الاحتياجات المتغيرة، والمتزايدة للسكان، في ظل التحولات الديموغرافية، وتغير الهرم السكاني، وكذا تغير خريطة المرض. حيث تواجه مشكلة الأمراض المتنقلة، إضافة إلى ما يسمى بالأمراض غير المتنقلة، أو المزمنة (السرطان، ضغط الدم، السكري...) والتكاليف المتنامية الناجمة عن ذلك. ويظهر مع هذه الوضعية تباين في قدرة المنظومات الحالية في ضمان مستويات تمويل فعالة ومستدامة، تسمح بتقديم الخدمات الصحية لغالبية السكان، وبتكلفة ميسورة. كما أن المصاريف الفعلية التي يتحملها المرضى بشأن الرعاية الصحية آخذة في الارتفاع، وسيؤدي بدوره إلى صعوبات مالية إضافية للأسر، ويطرح إشكالية الإنصاف الذي تسعى كل منظومة صحية إلى تحقيقه.

والملاحظ أن منظومات الرعاية الصحية القائمة في بلدان المغرب العربي، ولاسيما في القطاع العام، لا تتم إدارتها بالكفاءة المطلوبة. كما أن الاستثمار في خدمات الرعاية الصحية

المفتقرة إلى الكفاءة، من شأنها أن تؤدي إلى زيادة الضغوط على التمويل العام، في ظل افتقارها للتنظيم الملائم. مع الإشارة إلى المشاركة المتنامية، والنشطة للقطاع الخاص في تقديم خدمات الرعاية الصحية، إلا أنه، أي القطاع الخاص، لا يزال إلى حد بعيد، غير خاضع للوائح التنظيمية الكفيلة بتحقيق التكامل المرغوب مع القطاع العمومي، كما أن دوره في الغالب غير محدد بصورة جيدة في إطار خطط التنمية الشاملة.

وكما ذكرنا سابقا، فقد استفادت المنظومات الصحية العالمية من التطورات الكبيرة في مجال العلم والتكنولوجيا، غير أن فوائد هذه التطورات موزعة بصورة غير عادلة فيما بين الدول وداخل الدولة الواحدة على جميع مستويات الرعاية الصحية، الوقائية، والعلاجية. وتستخدم مؤشرات مختلفة لتقييم هذه التوزيعات ومقارنتها. والكثير من هذه المؤشرات يتعلق بأرقام ونسب نصيب الفرد من عمال السلك الطبي، أسرة المستشفيات، المعدات الطبية. لكن هذه مجرد وسائل لتحقيق مستويات صحية مقبولة، وليست غاية في حد ذاتها. وتوجد مؤشرات أخرى لقياس فعالية المنظومات الصحية، والتي تبرزها الحالة الصحية للسكان والمتمثلة أساسا في مؤشر وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات، وفيات الرضع، أمل الحياة عند الولادة. أما الالتزام بالمنظومة الصحية فيقاس بمؤشرين آخرين(1):

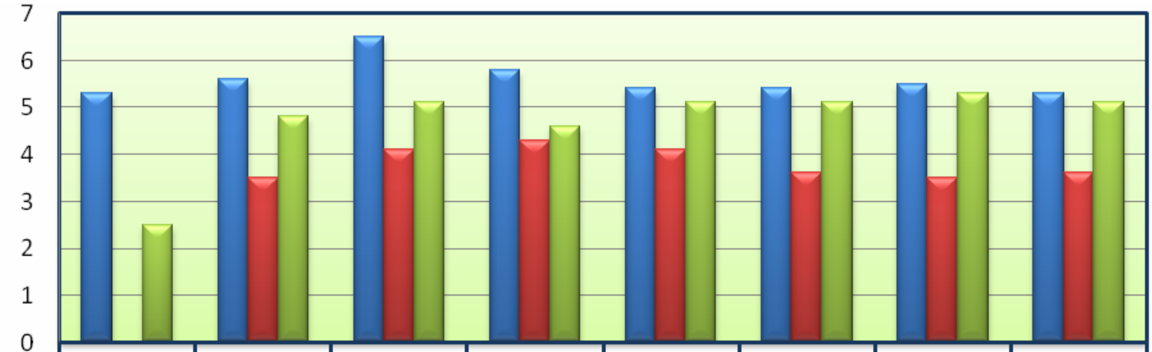
- الإنفاق العام على الرعاية الصحية كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي.
- نصيب الفرد من مجموع الإنفاق على الصحة.

ورغم تذبذب مستويات النمو المحققة في اقتصاديات البلدان المغاربية موضوع الدراسة وبدرجات متفاوتة، فقد ظل قطاع الصحة يستحوذ على مخصصات متنامية من الناتج الداخلي الخام. ويمكن التذكير هنا بحالة الجزائر، بحيث، وبحكم المساهمة المعتبرة للنفقات العمومية في تمويل الصحة، فقد كانت تخصص ميزانية معتبرة لهذا الميدان حتى في ظل تراجع مستويات النشاط الاقتصادي الوطني، بفعل الأزمة الاقتصادية التي مست بلادنا منذ منتصف الثمانينيات. ويمكن إبراز تطور النفقات الوطنية للصحة من الناتج الداخلي الخام في البلدان المغاربية من خلال معطيات الشكل الموالي.

---

(1) اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا، نحو سياسات اجتماعية متكاملة في الدول العربية، إطار وتحليل مقارن، الأمم المتحدة، نيويورك، 2005، ص 52.

شكل رقم (57): تطور النفقات الوطنية للصحة في البلدان المغاربية (% من الناتج الداخلي الخام)



	1990	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
تونس	5,3	5,6	6,5	5,8	5,4	5,4	5,5	5,3
الجزائر		3,5	4,1	4,3	4,1	3,6	3,5	3,6
المغرب	2,5	4,8	5,1	4,6	5,1	5,1	5,3	5,1

المصدر: من إعداد الباحث انطلاقا من المعطيات الإحصائية الواردة في:

1 - *OMS, Statistiques Sanitaires Mondiales 2006*

2 - *OMS, Statistiques Sanitaires Mondiales 2008*

3 - *OMS, Stratégies de coopération avec la Tunisie 2005 – 2009, p 19*

4 - *PNUD, Rapport mondial sur le développement humain 2004, La liberté culturelle dans un monde diversifié.*

5 - *PNUD, Rapport mondial sur le développement humain 2007- 2008, la lutte contre le changement climatique : un impératif de solidarité humaine dans un monde divisé.*

6 - *Wadjih Maazouzi et autres, Système de santé et qualité de vie, rapport thématique, cinquantenaire de l'indépendance du Royaume du Maroc, op.cit, p 32.*

تبين معطيات الشكل أعلاه أن نسبة النفقات الوطنية للصحة من الناتج الداخلي الخام قد بلغت في سنة 2006 نسبة 5,3% في تونس، 5,1% في المغرب، في حين قدرت في الجزائر بنسبة 3,6%. مع الإشارة إلى أن توصيات المنظمة العالمية للصحة تشير إلى ضرورة تخصيص نسبة 5% على الأقل من الناتج الداخلي الخام للمجال الصحي. غير أن هذه النسب المخصصة للمنظومات الصحية من إجمالي الناتج الداخلي الخام، لا تظهر نوع الإنفاق المعتمد في عملية التمويل[1]. وبعبارة أخرى لا بد من التطرق إلى درجة الاعتماد على النفقات العمومية، والخاصة في مجال التمويل الصحي.

[1] حسب تقرير التنمية البشرية: **النفقات الصحية العامة** كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي:الإنفاق الجاري والرأسمالي من ميزانيات الحكومة (المركزية والمحلية)، الاقتراض والمنح من الخارج (بما في ذلك تبرعات من وكالات دولية ومنظمات غير حكومية)، وأموال التأمين الصحي الاجتماعي (أو الإلزامي).
أما النفقات الصحية الخاصة، كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي، فتمثل إنفاق الأسرة المباشر (من مالها الخاص) والتأمين الخاص، وإنفاق مؤسسات غير ربحية تخدم الأسر المعيشية، ومدفوعات خدماتية مباشرة من شركات خاصة. وتشكل مع النفقات الصحية العامة إجمالي النفقات الصحية.

جدول رقم (50): الإنفاق على الصحة في البلدان المغاربية حسب نوع الإنفاق (%)

	2000		2002		2003		2005	
	إنفاق عام	إنفاق خاص	إنفاق عام	إنفاق خاص	إنفاق عام	إنفاق خاص	إنفاق عام	إنفاق خاص
تونس	48,5	51,5	49,9	50,1	45,7	54,3	44,3	55,7
الجزائر	73,3	26,7	74,0	26,0	80,8	19,2	75,3	24,7
المغرب	31,2	68,8	32,8	67,2	33,1	66,9	36,6	63,4

المصدر: تم إعداد الجدول اعتمادا على المعطيات الإحصائية الواردة في المراجع التالية:

1 – التقرير الاقتصادي العربي الموحد 2006 ، مرجع سبق ذكره

2 – التقرير الاقتصادي العربي الموحد 2007، مرجع سبق ذكره

3 - OMS, rapport sur la santé dans le monde 2005, Genève
4 - OMS, Statistiques Sanitaires Mondiales 2006
5 - OMS, Statistiques Sanitaires Mondiales 2008
6 - PNUD, Rapport mondial sur le développement humain 2004, op.cit
7 - PNUD, Rapport mondial sur le développement humain 2007- 2008, op.cit.

معطيات الجدول السابق توضح تباينا واضحا في دور الإنفاق العام في تمويل المنظومة الصحية. بحيث سجلت الجزائر أعلى المستويات بين الدول المغاربية الثلاث، بنسبة إنفاق عمومية بلغت 75,3% في سنة 2005، بعد أن بلغت 80,8% سنة 2003. في حين أن نسبة الإنفاق العام، في كل من تونس والمغرب، فلم تتعد في سنة 2005 نسبتي 44,3%، و36,6% على التوالي.

وتراجعت نسبة الإنفاق العام في تونس من 48,5% إلى 44,3% من إجمالي النفقات الصحية بين سنتي 2000–2005، مقابل ارتفاع الإنفاق الخاص من 51,5% إلى 55,7% في نفس الفترة أما مستويات الإنفاق الصحي في المغرب، فتعرف اختلالا كبيرا، في ظل محدودية، وضعف مستويات الإنفاق العام، والذي رغم تحسنه، لم يتعدى حدود 36,6% من إجمالي النفقات الصحية في سنة 2005. أما مستوى الإنفاق الخاص، فقد ظل مرتفعا، رغم تراجع نسبة مساهمته، والتي بقيت في حدود 63,4% من إجمالي هذه النفقات.

تفاوت مستوى النفقات العامة في مجال التمويل وتحقيق مبدأ الشمولية، يبرزها أيضا التفاوت المسجل في مؤشر النفقات العمومية للفرد في هذه البلدان. ويمكن توضيح ذلك من خلال معطيات الجدول الموالي.

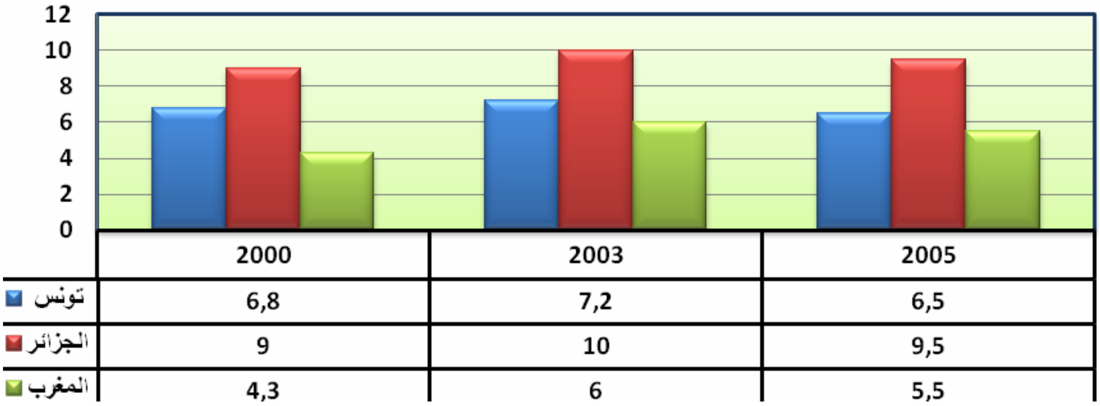
جدول رقم (51): النفقات العمومية للفرد في الدول المغاربية (بالدولار الأمريكي، معادل القوة الشرائية)

السنوات	2000	2005
تونس	177	211
الجزائر	97	132
المغرب	56	94

المصدر:. *OMS, Statistiques Sanitaires Mondiales 2008, op.cit, p 89, 93, 95*

إن ارتفاع النفقات الفعلية التي يتحملها المرضى بشأن الرعاية الصحية، من شأنه خلق ضغوط إضافية قد تؤدي إلى إفقار الأسر، وتقليل فرص الحصول على الخدمات الصحية الضرورية بسبب تقلص مستويات الطلب، خصوصا في المغرب، الذي يعاني من ضعف كبير في مستويات التأمين. فالملاحظ في البلدان المغاربية، أن عرض العلاج في القطاع الخاص، يفوق قدرات الدفع للأفراد. هذه القدرات تتوقف بالأساس على أساليب التعويض في مؤسسات الضمان الاجتماعي، وكذا نسبة السكان الذين يشملهم نظام التأمين الإجباري على المرض. والجدول الموالي يبرز التفاوت أيضا في نسبة الإنفاق العام على الصحة من إجمالي النفقات العمومية.

شكل رقم (58): نسبة النفقات العامة على الصحة من إجمالي الإنفاق العام في الدول المغاربية



المصدر: **1** – التقرير الاقتصادي العربي الموحد 2006، مرجع سبق ذكره.

2 - Organisation Mondiale de la Santé, Statistiques Sanitaires Mondiales 2008, op.cit

توضح معطيات الشكل أعلاه أن حجم النفقات العامة في الجزائر، ظلت في مستويات ثابتة بلغت 9,5% من إجمالي الإنفاق العام في سنة 2005. في حين سجل هذا المعدل تراجعا نسبيا في تونس، وارتفاعا بسيطا في المغرب الذي يبقى يسجل أضعف المؤشرات. ويمكن

تدعيم هذه المعطيات من خلال البيانات الواردة في الجدول الموالي الذي يوضح أكثر الدور الكبير الذي يلعبه الإنفاق العام في الجزائر، وبدرجة أقل تونس. أما في المملكة المغربية فاللافت للانتباه هو الدور الكبير لإنفاق الأسر المغربية، من خلال أسلوب الدفع المباشر الذي يتم اللجوء إليه عند طلب مختلف خدمات العلاج الضرورية.

جدول رقم (52): نسبة النفقات الصحية العمومية والخاصة من الناتج الداخلي الخام في البلدان المغاربية (%)

	2002		2003		2004	
	نسبة النفقات العمومية	نسبة النفقات الخاصة	نسبة النفقات العمومية	نسبة النفقات الخاصة	نسبة النفقات العمومية	نسبة النفقات الخاصة
تونس	2,9	2,9	2,5	2,9	2,8	2,8
الجزائر	3,2	1,1	3,3	0,8	2,6	01
المغرب	1,5	3,1	1,7	3,4	1,7	3,4

المصدر: الموقع الالكتروني لبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي، برنامج إدارة الحكم في الدول العربية
www.pogar.org/arabic/

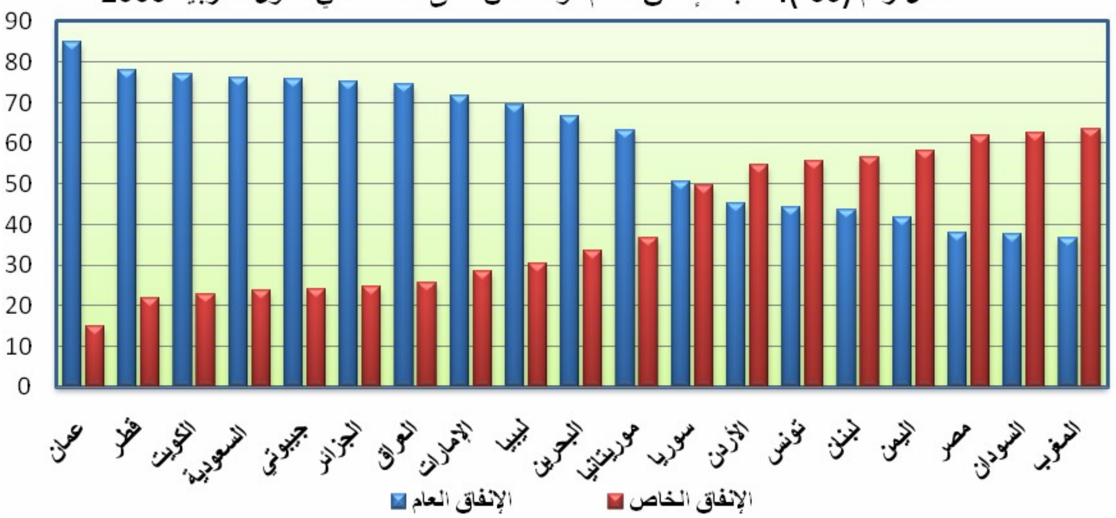
وتبرز معطيات الجدول بوضوح التفاوت المسجل في حجم النفقات العمومية والخاصة وما تتحمله الأسر في البلدان الثلاث. كما يبين أيضا العبء المالي الكبير الذي تتحمله الأسر المغربية عند طلب الخدمات العلاجية، خصوصا في ظل ضعف مستويات التأمين الصحي. فعلى سبيل المثال، فإن النفقات الصحية التي بلغت 5,1% من الناتج الداخلي الخام سنة 2004، في المغرب، نجد أن نسبة النفقات الخاصة تمثل 3,4%، في حين لا تمثل النفقات العمومية سوى 1,7% في نفس السنة. هذا الإنفاق الخاص المتزايد من شأنه تكريس التفاوت بين مختلف الفئات في الوصول إلى العلاج، ومعه صعوبة تحقيق مبدئي العدالة والإنصاف.

وإذا كان الإنفاق الخاص والعام في تونس متقاربا، وفي أحيان أخرى متساو، فإن معطيات نفس الجدول توضح الدور الكبير للإنفاق الصحي العام في الجزائر، بغض النظر عن مستوى النفقات الصحية الإجمالية. وهو ما يبرز السياسة الصحية لبلادنا، والرامية إلى تقريب المنشآت الصحية العمومية من المواطن، والسعي إلى تحقيق مبدأ العدالة والإنصاف خصوصا بالنسبة للفئات الفقيرة، ومحدودي الدخل.

1-2-4 مقارنة مستويات الإنفاق الصحي:

من حيث درجة اعتماد المنظومات الصحية على الإنفاق العام أو الخاص في تمويل الخدمات الصحية، يمكن إدراج مقارنة بين الدول العربية في هذا المجال. والتي يمكن تصنيفها إلى مجموعتين. فحسب المعطيات المتوفرة عن سنة 2005، فإن القطاع العام يتولى المسؤولية الرئيسية في تمويل قطاع الصحة في إحدى عشرة (11) دولة عربية، بحيث تراوحت نسبة الإنفاق العمومي فيها ما بين 63,2% في موريتانيا، ونسبة 85% في عمان.

شكل رقم (59): نسبة الإنفاق العام والخاص على الصحة في الدول العربية 2005



المصدر: تم إعداد الجدول اعتمادا على الجداول الإحصائية الواردة في:

OMS, Statistiques Sanitaires Mondiales 2008 , op.cit, p 88-94

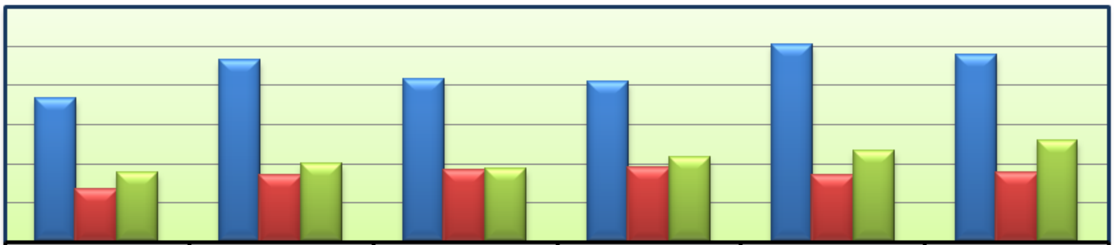
وتظهر المعطيات المذكورة أعلاه المكانة الكبيرة للقطاع العام في الجزائر في المجال التمويلي، والذي بلغت نسبة مساهمته 75,3% سنة 2005. وهو ما يعطي للجزائر المرتبة السادسة من بين الدول العربية التي تعتمد على القطاع العام في عملية الإنفاق على الخدمات الصحية. وبالنظر لعدد السكان، فإن حجم الإنفاق العمومي في الجزائر يعتبر كبيرا مقارنة بحجم السكان في الدول التي احتلت المراتب الأولى، مما يدل على أهمية شبكات العلاج العمومية في الجزائر، ودورها الكبير في عرض الخدمات الصحية. إلى جانب الدور المتنامي للقطاع الخاص في السنوات الأخيرة.

أما في المجموعة الثانية، فيتولى القطاع الخاص المسؤولية الرئيسية في تمويل المنظومة الصحية في تسع دول عربية، منها تونس والمغرب، بحيث تراوحت نسبة الإنفاق الخاص فيهما بين نسبة 55,7% و63,4% على التوالي. بينما تتوزع الأهمية النسبية للإنفاق على الصحة مناصفة بين القطاعين العام والخاص في سورية.

4-2-1-1 تطور النفقات الصحية للفرد:

يعتبر الإنفاق الصحي لكل فرد، من أهم المؤشرات للوقوف على فعالية، ونجاعة المنظومات الصحية. بحيث تظهر المعطيات المتوفرة عن هذا المؤشر، تفاوتا كبيرا بين البلدان المغاربية، مثلما توضحه معطيات الشكل الموالي.

شكل رقم (60): الإنفاق الصحي للفرد، معادل القوة الشرائية، بالدولار الأمريكي في البلدان المغاربية



	2000	2001	2002	2003	2004	2005
تونس	365	463	415	409	502	477
الجزائر	132	169	182	186	167	175
المغرب	178	199	186	218	234	258

المصدر: تم إعداد الجدول اعتمادا على المراجع التالية:

1 - OMS, Statistiques Sanitaires Mondiales 2006
2 - OMS, Statistiques Sanitaires Mondiales 2008
3 - PNUD, Rapport mondial sur le développement humain 2004, op.cit .
4 - PNUD, Rapport mondial sur le développement humain 2005.
5 - PNUD, Rapport mondial sur le développement humain 2007- 2008, op.cit.

وتبرز معطيات الجدول أن الجزائر سجلت قيما متواضعة في هذا المؤشر، لم تتعد حدود 175 دولارا أمريكيا (معادل القوة الشرائية *PPA*) في سنة 2005، بعدما سجلت 186 دولارا في سنة 2003. في حين سجل المغرب، مستويات إنفاق فردي أحسن من تلك المحققة في الجزائر بمستوى إنفاق بلغ 258 دولارا أمريكيا للفرد، معادل القوة الشرائية، في سنة 2005.

أما تونس، فهي البلد المغاربي الوحيد الذي استطاع تسجيل نتائج جد إيجابية في هذا المجال حيث بلغت مستويات الإنفاق الصحي لكل فرد قيما فاقت 400 دولار أمريكي، منذ سنة 2000. لتستقر في حدود 477 دولار (معادل القوة الشرائية) في سنة 2005.

وإذا وسعنا مجال المقارنة إلى مؤشر النفقات الصحية العمومية للفرد، معادل القوة الشرائية فإننا نلاحظ أن هذه النفقات قد انتقلت في تونس من 177 إلى 211 دولارا أمريكيا، خلال الفترة 2000-2005، في حين انتقلت في المغرب من 56 إلى 94 دولارا أمريكيا فقط. أما

الجزائر، فقد انتقل فيها هذا المؤشر من 97 إلى 132 دولارا أمريكيا (معادل القوة الشرائية) خلال نفس الفترة[1]. غير أن مخصصات الإنفاق الصحي العام تبقى بعيدة في البلدان المغاربية، إذا ما قارناها بالنفقات الصحية للفرد في الدول المتطورة، أو الدول ذات التنمية الاقتصادية الشبيهة بتلك المسجلة في الدول المغاربية.

جدول رقم (61): الإنفاق الصحي لكل فرد في بعض الدول المختارة بالدولار الأمريكي
معادل القوة الشرائية



	فرنسا	ألمانيا	المجر	و م أ	المملكة المتحدة	تونس	الجزائر	المغرب	تركيا	اسبانيا	البرازيل	البرتغال
2000	2493	2671	852	4570	1846	365	132	178	432	1536	572	1508
2005	3314	3250	1329	6350	2597	477	175	258	592	2242	755	2036

المصدر: الجداول الإحصائية الواردة في: *OMS, Statistiques Sanitaires Mondiales 2008, op.cit.*

ورغم أن مستويات الانفاق المرتفعة، لا تعني بالضرورة الحصول على أحسن المؤشرات الصحية، فإن معطيات الجدول أعلاه، توضح الفروقات الكبيرة في مستويات الانفاق الصحي للفرد، بين تلك البلدان المختارة، مع اتساع حجم التفاوت المسجل بين سنتي المقارنة. بحيث بلغت هذه النفقات مستويات قياسية في الولايات المتحدة الأمريكية، تليها فرنسا، ألمانيا، والمملكة المتحدة، بنفقات جد مرتفعة، بلغت في سنة 2005 قيمة 6350 دولارا في الولايات المتحدة الأمريكية، مقابل 3314 دولارا في فرنسا، و3250 دولارا أمريكيا للفرد في ألمانيا. أما في البلدان المغاربية، باستثناء تونس، التي سجلت مستويات إنفاق قريبة من تلك المسجلة في الدول ذات التنمية الشبيهة، فإن معطيات الجدول تبين العمل الكبير الذي ما زال ينتظر المغرب والجزائر، والتي بلغ فيهما حجم الإنفاق الصحي للفرد، في سنة 2005 على التوالي قيمة 258، و175 دولارا أمريكيا، معادل القوه الشرائية *(PPA)*.

وعند عقد المقارنات الدولية بين مختلف المناطق، يتضح لنا التباين الكبير المسجل في مستويات الإنفاق الصحي، مثلما توضحه معطيات الجدول الموالي.

[1] *OMS, Statistiques Sanitaires Mondiales 2008, op.cit., pp 89, 93, 95.*

جدول رقم (53): معطيات إقليمية حول تطور النفقات الصحية (في سنة 2005)

	نسبة النفقات الصحية من الناتج الداخلي الخام		نسبة الإنفاق العمومي من إجمالي النفقات الصحية		الإنفاق الصحي لكل فرد معادل القوة الشرائية بالدولار الأمريكي	
	2000	**2005**	**2000**	**2005**	**2000**	**2005**
إفريقيا	5,8	5,9	43,7	45,3	88	112
أمريكا	11,3	12,7	45,8	46,8	1961	2675
جنوب شرق آسيا	3,5	4,0	30,1	29,0	63	100
أوروبا	08,0	8,6	73,4	74,3	1215	1649
شرق المتوسط	4,5	4,9	44,8	51,4	168	242
غرب الباسيفيك	5,7	5,8	59,6	56,8	359	529
العالم	8,0	8,6	56,0	56,0	579	790

المصدر: الجداول الإحصائية الواردة في:
OMS, Statistiques Sanitaires Mondiales 2008, op.cit.

المؤشرات الثلاثة تبرز التفاوت المسجل بين مختلف مناطق العالم. فالجدول يظهر حجم ما تخصصه البلدان المتطورة من ناتجها الداخلي الخام للنفقات الصحية، والذي وصل إلى 12,7% و8,6% في كل من دول أمريكا، وأوربا على التوالي. مقابل 4% فقط في دول جنوب شرق آسيا. غير أن حجم النفقات الصحية لا يعني بالضرورة تحقيق مبدأ الإنصاف، ففي الولايات المتحدة الأمريكية ، ورغم بلوغ هذه النسبة 15,2% من الناتج الداخلي الخام[1]. إلا أن هناك 45 مليون أمريكي لا يستفيدون من مزايا التأمين على المرض. وكما ذكرنا في الفصل الأول، فإن الإنفاق العمومي في هذا البلد، هو موجه بالأساس إلى فئات معينة: فئة الأكثر من 65 سنة، مؤمنة من خلال ما يعرف ببرنامج (*Medicare*). والفئة الثانية هي الأسر الفقيرة المعنية ببرنامج *Medicaid*.

أما الإحصائيات المتعلقة بالإنفاق الصحي لكل فرد، فتوضح الهوة الكبيرة التي توجد بين مختلف مناطق العالم. ففي الوقت الذي بلغ فيه متوسط الإنفاق الصحي للفرد على المستوى العالمي 790 دولارا، لم يتجاوز في إفريقيا حدود 112 دولارا في سنة 2005، أي بزيادة بسيطة عما سجل في سنة 2000، حين بلغ 88 دولارا فقط. في حين بلغ هذا المؤشر 2675 دولارا في أمريكا، 1649 دولارا في دول أوروبا سنة 2005. وإضافة إلى التفاوت

[1] *OMS, Statistiques Sanitaires Mondiales 2008, op.cit, p 90.*

المسجل بين المناطق، فهناك اختلالات واضحة بين دول نفس المنطقة، وذلك بحسب الظروف الاقتصادية، وحجم الموارد المالية المسخرة لقطاع الصحة. وسنحاول فيما يلي استعراض تطور النفقات الصحية في البلدان المغاربية.

4-2-2 تطور النفقات الوطنية للصحة في تونس:

يمكن القول أن المنظومة الصحية التونسية قد أثبتت فعاليتها بشكل عام، وذلك بالنظر لإيجابية المؤشرات الصحية المحققة، والمحاولات الجادة لتقريب المنشآت الصحية الخفيفة من الأفراد، رغم النقائص التي لا تزال تميز هذه المنظومة. هذه النتائج الإيجابية تجد تفسيرها، إلى حد ما، في فعالية السياسات الصحية المطبقة، رغم بساطة الموارد المالية المخصصة. فبعد أن كانت نسبتها تتراوح بين 3%، و4% خلال الثمانينيات. فإن حصة النفقات الصحية من الناتج الداخلي الخام، في تونس أصبحت تفوق نسبة 5%، بصورة ثابتة منذ 1990[1]، لتبلغ 5,5% من الناتج الداخلي الخام في سنة 2005[2]. فعلى مدار عشريتين (1990–2003) تضاعفت هذه النفقات الإجمالية بشكل لافت، حيث تضاعفت بـــ 3,15. لتنتقل من 578 إلى 1814 مليون دينار تونسي خلال نفس الفترة.

كما أن تحليل معدل النمو السنوي لإجمالي النفقات الصحية، يبرز أن معدل النمو قد بلغ 10,2% في الفترة 1990–1995، ونسبة 9,7% في الفترة 1995–2003[3].

جدول رقم (54): تطور النفقات الوطنية للصحة في تونس (1980 – 2003)

	1980	1985	1990	1995	2000	2003
إجمالي النفقات الصحية (مليون د تونسي)	138	285	578	938	1489	1814,6
نسبتها من الناتج الداخلي الخام	3,2	4,2	5,3	5,5	5,6	5,6

المصدر:
1- *Maghrebmed, santé et Médecine au Maghreb. www. Maghrebmed.com.tn*
2- *Banque Mondiale, Département du Développement Humain, République Tunisienne ; étude du secteur de la santé, Mai 2006, p 42.*

وقد ارتبطت هذه الزيادة بنمو نشاط القطاع الحر، الذي عرف نموا متسارعا منذ 1990. فالمعطيات المتوفرة في هذا الإطار، تبين أن القطاع الخاص يمتص نصف هذه النفقات الإجمالية، مع تقديمه لحجم خدمات أقل. في حين أن القطاع العام، الذي يضمن ثلثي الفحوصات الطبية، 90% من الخدمات الاستشفائية (الإقامة بالمستشفيات العمومية)، وكل

---

(1) *OMS, stratégie de coopération avec la Tunisie, 2005-2009, op.cit, p19.*
(2) *OMS, Statistiques Sanitaires Mondiales 2008, op.Cit, p 94.*
(3) *Banque Mondiale, République Tunisienne ; étude du secteur de la santé, Mai 2006, op.cit, p 42.*

البرامج الوقائية، لا يمتص في المقابل سوى 50% من إجمالي النفقات الصحية. كما شهدت المستشفيات الجهوية[1]، في السنوات الأخيرة، والمؤسسات العمومية للصحة، زوال دعم الدولة لميزانيات تشغيلها (خارج إطار الأجور).[2]

والقطاع الصحي العمومي التونسي، كما هو الشأن في كل من الجزائر، والمغرب، يعتبر المصدر الأساسي في عرض الخدمات الصحية، سواء فيما يتعلق بالعلاجات الصحية المستمرة (*soins ambulatoires*)، أو الطب الاستشفائي(*médecine hospitalière*). وكما سبقت الإشارة إليه، فإن نشاط هذا القطاع تضمنه الوحدات التابعة لوزارة الصحة، وكذا الوحدات الصحية شبه العمومية.

إن تحليل النفقات الصحية في تونس، تبرز الدور المتنامي للأسر، في تحمل نفقات الخدمات الطبية. وكما ذكرنا سابقا، فقد ظلت نسبة الإنفاق الخاص تفوق 50% من إجمالي النفقات الصحية منذ سنة 2000، لتصل إلى حدود 55,7% في سنة 2005، وهو ما يمثل نسبة 2,8% من الناتج الداخلي الخام. أما النفقات العمومية فقد مثلت في سنة 2006[3]،2% من الناتج الداخلي الخام، و8% من إجمالي الإنفاق العام. ومن شأن الإصلاحات المتعلقة بنظام التأمين، التي تم التصويت عليها في جويلية 2004، أن تغير بشكل كبير مضمون، وأساليب التمويل الصحي التونسي.

3-2-4 تطور النفقات الوطنية للصحة في الجزائر:

لا يتم تقييم المنظومة الصحية بالنظر إلى حجم النفقات المخصصة لها فقط، بل لا بد من تقييمها أيضا من خلال الانجازات المحققة، والوسائل المستعملة في تحسين المؤشرات الصحية، وكذا مستوى العدالة والإنصاف في الوصول إلى هذا النوع من الخدمات.

إن وتيرة نمو النفقات الصحية في الجزائر لم يتم تناولها بالشكل الكافي، إلا في منتصف الثمانينيات بفعل المعطيات الجديدة التي أصبحت تطبع الاقتصاد الجزائري، وبالتحديد منذ سنة 1985. ففي سنوات السبعينيات، وبداية الثمانينيات، فإن نمو النفقات الوطنية للصحة كان في ظل الظروف الملائمة، التي سمحت بتوسع النشاط الاقتصادي، ومن ثم إمكانية

[1] مستشفيات المستوى الثاني من العلاج. مع الإشارة إلى أن أجور المستوى الأول، والثاني للعلاج هي على عاتق الدولة.

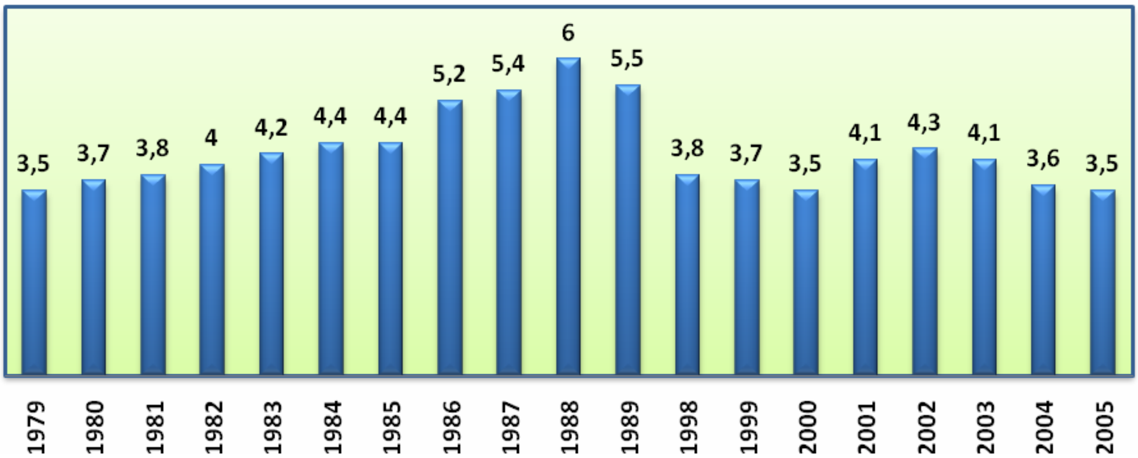
[2] *OMS, stratégie de coopération avec la Tunisie, 2005-2009, op.cit, p19*

[3] *BAfD / OCDE, perspectives économiques en Afrique 2008, op.cit, p 648.*

تحصيل الإيرادات الضرورية والكفيلة بتوسيع المنظومة الصحية، وأنشطتها المختلفة. وهذا من خلال التوسع الكبير في المنشآت الصحية (خاصة المستشفيات).

غير أن الملفت للانتباه هو أن المنشآت الصحية الصغيرة، القريبة من السكان، هي الأنسب لضمان عرض العلاج، وتحقيق نوع من التوازن الجهوي. وهو ما تم العمل به منذ نهاية الثمانينيات، خصوصا في ظل نقص الموارد المالية التي أصبحت تطبع الاقتصاد الوطني. هذا التوجه الجديد في تقريب الوحدات العلاجية من السكان، سمح بتحقيق نتائج مشجعة في مستويات التغطية، والمؤشرات الصحية، والمتمثلة خصوصا في انخفاض معدل الوفيات لدى الأطفال، والرضع، تحسن مؤشر أمل الحياة عند الولادة، وغيرها من المؤشرات التي تسمح بالوقوف على مستوى أداء المنظومة الصحية لأي بلد. ومع الأزمة الاقتصادية، وما ترتب عنها من نقص في الموارد، ضعف مستويات النمو، تفاقم مشكلة البطالة في ظل ضعف مستويات التشغيل، كل ذلك أدى إلى إعادة التفكير في مشكلة نمو النفقات الصحية في بلادنا. ومن ثم التساؤل: هل يتم مواصلة تحسين المؤشرات الصحية بنفس الأساليب السابقة؟. بمعنى الإبقاء على نفس معدل نمو هذه النفقات، أو على العكس البحث عن تقوية، وتكثيف استعمال الإمكانيات المتاحة ؟

شكل رقم (62): تطور نسبة النفقات الصحية من الناتج الداخلي الخام في الجزائر



المصدر: تم إعداد الجدول اعتمادا على المعطيات الإحصائية الواردة في المراجع التالية:

1 - Fatima- Zohra Oufriha, Cette chère santé, une analyse économique du système de soins en Algérie, Office des Publications Universitaires, Alger, 1992, p155.

2 - Banque Mondiale, République Algérienne Démocratique et Populaire, à la recherche d'un investissement public de qualité, Une revue de dépenses publiques, rapport No 36270-DZ, 15 aout 2007, p 171.

3 -OMS, Statistiques Sanitaires Mondiales 2006, op.cit

4 - OMS, Statistiques Sanitaires Mondiales 2008, op.cit.

وبصفة عامة يمكن القول أن الموارد المالية المخصصة للصحة، في الجزائر، تبقى في مستويات ضعيفة نسبيا، إذا ما قارناها مع الموارد التي تخصصها الدول ذات مستويات الدخل، والتنمية الشبيهة ببلادنا. إضافة لما ذكر، تواجه الجزائر ارتفاعا كبيرا في الاحتياجات الصحية، بفعل مستويات النمو الديموغرافي، وانعكاساته على الهرم السكاني تغير خريطة المرض، والتي تستوجب مجهودات متواصلة، من أجل ترشيد نفقات هذا القطاع، والقيام بإصلاحات كفيلة بإيجاد صيغ للتحكم في الميزانية المخصصة، خصوصا إذا علمنا بأن القطاع العام هو محور المنظومة الصحية في الجزائر.

وحسب تقديرات البنك العالمي، فإن التحول الديموغرافي لوحده، سيؤدي إلى رفع النفقات الصحية بـــ 60%، بالقيم الحقيقية، بين سنتي 2000 و2020. ولكن هناك عوامل أخرى بإمكانها التأثير أيضا في هذه النفقات، نذكر منها[1]:

- أ / التحول في خريطة المرض، ستواجه الجزائر تكاليف معتبرة، بسبب تنامي الأمراض المزمنة، من جهة، مع الاستمرار في مكافحة الأمراض المتنقلة من جهة أخرى.
- **ب** / التطورات الحاصلة في الميدان الطبي، سيؤدي إلى إدخال تكنولوجيا جديدة، وأدوية مكلفة من أجل الاستجابة لاحتياجات السكان.
- **ج** / مطالبة عمال السلك الطبي في القطاع العام برفع الأجور، مقارنة بما هو مسجل في القطاع الخاص. والزيادات التي حدثت في السنوات الأخيرة قد تستمر، مما يكون له أثر على مستوى النفقات العمومية.
- **د** / الفحوصات التي تتم على مستوى القطاع الخاص يتم تعويضها من طرف هيئات الضمان الاجتماعي على قاعدة التسعيرة التي لم تراجع منذ سنة 1987. وهو ما يخفض ظاهريا النفقات العمومية.

فالتسعيرة التي يتم بموجبها تعويض الفحص الطبي لدى الطبيب العام تقدر بقيمة 50 دينارا جزائريا، في حين أن المريض يدفع في هذا النوع من الفحوصات ما مقداره 400 دينار فأكثر. أما الفحص لدى الأخصائي فإن تسعيرة التعويض تقدر بمبلغ 100 دينار، في حين

[1] *Banque Mondiale, République Algérienne Démocratique et Populaire, à la recherche d'un investissement publique de qualité, une revue des dépenses publiques, Rapport N° 36270-DZ, 15 aout 2007, p 172.*

يدفع المريض في مثل هذه الفحوصات ما مقداره 700 دينار فأكثر. ومراجعة هذه التسعيرات هي جارية، مما قد يؤدي إلى ارتفاع النفقات العمومية للصحة.

شكل رقم (63): النفقات العمومية والخاصة للصحة من الناتج الداخلي الخام في الجزائر



	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
نسبة النفقات العمومية	2,5	2,5	2,5	3,1	3,2	3,3	2,6
نسبة النفقات الخاصة	1,3	1,2	1,1	1	1,1	0,8	1

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على المرجعين التاليين:

1-*La Banque Mondiale, République Algérienne Démocratique et Populaire, à la recherche d'un investissement publique de qualité, op .cit, p 171.*

2– الموقع الالكتروني لبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي، برنامج إدارة الحكم في الدول العربية/www.pogar.org/arabic

وكما سبقت الإشارة إليه، يعتبر القطاع العام محور المنظومة الصحية في الجزائر، من خلال الخدمات التي يضمنها، وخاصة الاستشفائية منها. بالإضافة إلى مختلف السياسات والبرامج الوطنية الهادفة إلى تحسين المؤشرات، والوضع الصحي بشكل عام.

وتبقى مساهمة الأفراد، في تمويل الخدمات الصحية للقطاع العمومي ضعيفة، حيث ظلت المنظومة الصحية في الجزائر متأثرة بشكل كبير بمفهوم مجانية العلاج، الذي تم اعتماده منذ سنة 1974. وظل هذا المبدأ سائدا إلى غاية دستور 1996[(1)]، والذي لم يعد ينص على مبدأ مجانية العلاج، بحيث نصت المادة 54 ببساطة على أن" كل المواطنين لهم الحق في حماية صحتهم، والدولة تضمن البرامج الوقائية، ومكافحة الأمراض الوبائية، والشائعة".

وبغض النظر عن الاعتبارات التشريعية، فإن مبدأ مجانية العلاج في القطاع العمومي بقي راسخا في مختلف الذهنيات، سواء لدى المرضى، أو لدى عمال السلك الطبي. وحتى المساهمات التي يسددها المريض في القطاع العمومي تبقى بسيطة جدا، إذا ما قارناها بالتكلفة الفعلية للعلاج. إضافة إلى وجود إعفاءات للعديد من الحالات، بعضها قانونية (الأمراض المزمنة، الأطفال، الفقراء...)، وبعضها غير قانونية، بحكم العلاقات التي تربط

[(1)] *Banque Mondiale, République Algérienne Démocratique et Populaire, à la recherche d'un investissement publique de qualité, op .cit, p 176-177.*

بعض المرضى بعمال القطاع، تنجم عنها عدم تسديد المبالغ المطلوبة. ومن أجل كل ذلك فإن موارد مؤسسات العلاج العمومية المتأتية من الدفع المباشر للأسر، تبقى ضعيفة جـــدا ولا تمثل سوى 1,5% من ميزانية التشغيل للمؤسسات الصحية العمومية خلال سنة 2003[(1)].

وفي محاولة لزيادة موارد القطاع العمومي، تم اتخاذ قرار في جانفي من سنة 2002 لتقويم، وإعادة النظر في قيمة المساهمات المطلوبة من مستعملي المنشآت الصحية العمومية. لكن الإجراءات المتخذة في هذا المجال لم يتم تطبيقها بفعل المقاومة التي واجهتها من قبل السكان، بحكم أن الزيادات المقررة كانت كبيرة. فبموجب هذا القرار، فإن المساهمة أصبحت تقدر بقيمة 250 دينارا، عوض 50 دينارا، في حالة الفحص لدى الطبيب العام. في حين تبلغ قيمة هذه المساهمة 450 دينارا، عوض 100 دينار، بالنسبة للفحوصات الطبية التي يقدمها الأخصائيون في الوحدات الصحية العمومية. غير أن هذه القرارات قد تم اتخاذها دون استشارة مستعملي منظومة العلاج العمومية، وكذا عمال السلك الطبي.

4-2-3-1 سياسة مجانية العلاج في الجزائر:

إن تطبيق سياسة الطب المجاني في سنة 1974 (الوثيقة الممضاة في 1973) استهلكت بإفراط مجهودات السياسة الصحية، والعلاجية، من خلال تحرير عرض العلاج عبر المنشآت الصحية العمومية. تلك السياسة المعتمدة لم تتحكم في قواعد عمل المنظومة الصحية، ولا في آليات تشكل التكاليف في مختلف المستويات[(2)]:

- التكاليف الصحية تقدر بشكل تقريبي
- الطلب على العلاج غير معروف، أو مقيم بشكل غير كاف
- عدم أخذ مشكل التبعية بعين الاعتبار، وذلك في مجال التموين بالتجهيزات الطبية والمنتجات الصيدلانية.
- المعرفة الجزئية لحالة السكان، بسبب غموض، وعدم كفاية المعطيات الصحية.

وتعتبر مجانية العلاج المنعطف الحاسم في السياسة الصحية الجزائرية، حيث كانت خيارا سياسيا بالنظر للظروف التي كانت سائدة، ووجود اعتبارات تبرر خيار تلك الفترة[(3)]:

---

(1) *Banque Mondiale, République Algérienne Démocratique et Populaire, à la recherche d'un investissement publique de qualité, op .cit, p 176-177.*

(2) *Brahmia Brahim, La dynamique du système de santé Algérien, bilan et perspectives, thèse de doctorat en sciences économiques, Université de Montpellier I, décembre 1991, p 89.*

(3) *I.N.S.P, Le bulletin de l'économie de la santé, N° 1, décembre 1993, p 2.*

- ضعف مستويات الطلب لدى السكان، في ظل عدم القدرة على الدفع.
- الحق في الصحة المؤكد عليه في كل النصوص الأساسية، والمطابقة للخيار الاجتماعي في تلك الفترة.
- الحالة الصحية المتدهورة للسكان، والتي تطلبت برامج لمكافحة الأمراض المنتشرة.
- عدم التوازن في توزيع الهياكل الصحية (العمومية والخاصة)، والتي غالبا ما تتركز في المناطق الحضرية، مع تركز غالبية السكان في الأرياف.

إن قرار مجانية العلاج المعتمد، جعل النفقات الصحية تأخذ الطابع الاجتماعي، من خلال التحرير الكلي لعرض العلاج عبر الوحدات الصحية العمومية، مع غياب آليات فعالة لترشيد مستويات الإنفاق. فمجمل أعباء المنشآت الصحية، وبالخصوص المستشفيات، أصبحت تكاليف ثابتة بغض النظر عن نتائج نشاطاتها(1). ولم تعد هناك أية علاقة تربط حجم الموارد المخصصة لهذا القطاع (المالية، المادية، والبشرية) والنتائج المرجوة، والمحققة.

هذا الاختلال في تخصيص الموارد، تبرزها التطورات التي عرفتها النفقات الصحية في الجزائر، بحيث أن تمويل مجانية العلاج تحملته مؤسسات الضمان الاجتماعي، وبدرجة أقل ميزانية الدولة. وأدى ذلك إلى نمو هذه النفقات بوتيرة أسرع من مستويات نمو النشاط الاقتصادي الوطني، في ظل الأزمة الاقتصادية التي عرفتها الجزائر منذ 1986. بحيث بلغت هذه النفقات، على سبيل المثال، حدود 5,5% من الناتج الداخلي الخام في نهاية الثمانينات. ويمكن إبراز معدلات نمو كل من الناتج الداخلي الخام، والنفقات الوطنية للصحة في بلادنا من خلال معطيات الجدول الموالي.

جدول رقم (55): معدلات نمو الناتج الداخلي الخام، والنفقات الصحية في الجزائر

السنوات	معدل نمو الناتج الداخلي الخام	معدل نمو النفقات الوطنية للصحة
1986 - 1985	% 0,3	% 20
1987 - 1986	% 0,6	% 10,2
1988 - 1987	% 3,8	% 14,8

المصدر:

Fatima- Zohra Oufriha , La difficile structuration du système de santé en Algérie, quels résultats, les cahiers du CREAD, N° 35 / 36, 3e et 4e trimestre, 1993, p 48.

(1) *Fatima- Zohra Oufriha , Les réformes du système de santé en Algérie, colloque organisé par « The north African communication », El Aurassi, Alger, 3-5 avril 2004.*

وبالإضافة إلى ما ذكر، فإن سياسة مجانية العلاج تميزت بالتفاوت أيضا في درجة تلبية الاحتياجات الصحية للسكان، والتي ترتبط بمدى تواجد، وتركز المنشآت الصحية التي تضمن التغطية اللازمة. مما جعل التساؤلات تدور حول الفئات الاجتماعية التي من المفروض أن تستفيد من مزايا السياسة المطبقة؟ ومن ثم فعالية عمل القطاعات الصحية.

كما أن قرار الطب المجاني، لم يأخذ بعين الاعتبار إمكانيات الاستقبال لشبكة العلاج العمومية، هذه الأخيرة تشبعت بسرعة، بالنظر لطاقاتها الاستيعابية، تضاف إلى ذلك مشكلة المواعيد المتباعدة، الممنوحة على مستوى المستشفيات، أو الأطباء الأخصائيين. هذا الوضع اضطر معه الفرد إلى التوجه نحو خدمات القطاع الخاص ، وما يترتب عن ذلك من أساليب الدفع المباشر، أو اللجوء إلى الاستهلاك الذاتي للأدوية عبر الصيدليات، هذه الأخيرة ساهمت، بشكل أو بآخر، في ارتفاع فاتورة استهلاك الأدوية، من خلال تسهيل عمليات البيع الحر بدون وجود الوصفات الطبية.

وبداية من سنة 1984، لوحظ تراجع نسبي في سياسة مجانية العلاج، وأصبحت بعض تلك الفحوصات والعلاجات الطبية يدفع جزء من مستحقاتها في منظومة العلاج العمومية. كل ذلك في محاولة لتقليل مظاهر التبذير، وإعادة توزيع الأعباء والمسؤوليات.

ورغم النقائص التي تمت الإشارة إليها في مرحلة تطبيق سياسة الطب المجاني، فهذا لا ينفي النتائج الملموسة التي تم تحقيقها على مستوى صحة السكان، تجسدت خاصة في القضاء على العديد من الأمراض المتنقلة التي كانت تهدد صحة الأفراد، إضافة إلى تحسن ملموس في الكثير من المؤشرات الصحية : وفيات الأطفال، أمل الحياة عند الولادة، وفيات الأمهات والأطفال الرضع ...والتي تم التطرق إليها في الفصل الثالث. ورغم محدودية الموارد المخصصة للنفقات الصحية ، فإن الحلول التي تسمح بإعادة بعث المنظومة الصحية في الجزائر تكمن أساسا في الجانب التنظيمي، أكثر منها في الجانب التمويلي.

4-2-3-2 فعالية النفقات الصحية في الجزائر:

من الصعب جدا إصدار حكم واضح حول فعالية النفقات الصحية في الجزائر، وذلك بحكم غياب المعطيات الكافية عن مستوى نشاط الوحدات الصحية، ونوعية الخدمات العلاجية المقدمة. فالفعالية الإجمالية للمنظومة الصحية الجزائرية يمكن اعتبارها مقنعة

نسبيا، بالنظر إلى إيجابية المؤشرات الصحية المسجلة عل ضوء محدودية النفقات الوطنية للصحة من الناتج الداخلي الخام. غير أن هذه الملاحظات الايجابية لا يجب أن تخفي جملة من النقائص أهمها:[1]

أ / **ضعف نوعية العلاج** : فالملاحظ أن نوعية العلاجات المقدمة على مستوى المنشآت الصحية العمومية غير كافية، في ظل نقص الأدوية، ووسائل العمل في بعض الوحدات، مع ارتفاع في معدل الأعطاب للتجهيزات الطبية الموجودة، عدم رضى عمال الصحة بسبب ضعف مستويات الأجور، والذي يترجم عادة في كثرة الغيابات، وغيرها.

ب / ضعف استعمال مختلف مستويات العلاج:

الجدير بالذكر أن متوسط الإقامة في مؤسسات العلاج العمومية هو مقبول، في حين أن معدلات التشغيل « *taux d'occupation* » فهي ضعيفة جدا، مع تدهورها أكثر في السنوات الأخيرة. حيث انتقل هذا المعدل من 57% سنة 2000، إلى 50% سنة 2003 أما على مستوى وحدات القطاع، فإن هذه المعدلات تبقى غير كافية في المراكز الاستشفائية الجامعية (CHU) ، والمؤسسات الاستشفائية المتخصصة (EHS). في حين أن الوضعية هي مقلقة، وحرجة على مستوى القطاعات الصحية، التي بلغ فيها مستوى التشغيل 44% فقط سنة 2003، مقابل 65% لصالح المؤسسات الاستشفائية المتخصصة، 61% للمراكز الاستشفائية الجامعية .

يضاف إلى ذلك ضعف عدد الفحوصات الطبية للفرد على مستوى وحدات القطاع العمومية، مما يدعم فكرة عدم الارتياح لدى المواطن فيما يتعلق بنوعية الخدمات المقدمة بسبب النقائص المشار إليها (نقص الأدوية، الأعطال المتكررة للأجهزة المستعملة...). هذه الوضعية جعلت العديد من الأفراد يتنقلون مباشرة إلى المراكز الاستشفائية الجامعية والمتخصصة، أو إلى القطاع الخاص لطلب الخدمة. كل ذلك يؤدي إلى تزايد الضغط على المراكز المتخصصة، ومن ثم خلق تكاليف إضافية للمنظومة الصحية، في ظل غياب تسلسل في مستويات العلاج الذي يمكن من التكفل بالكثير من الحالات المرضية على مستوى الوحدات الصحية المحلية والجهوية.

---

[1] *Banque Mondiale, République Algérienne Démocratique et Populaire, à la recherche d'un investissement publique de qualité, op .cit, p 184-186.*

ج / عدم المساواة في الحصول على العلاج بين المناطق الجغرافية: فرغم الجهود التي تبذلها الجزائر في توسيع شبكة العلاج عبر المنشآت الصحية، فإن توزيعها بين المناطق يبقى غير متساو، مثلما يوضحه الجدول الموالي.

جدول رقم (56): توزيع عرض العلاج حسب المناطق في الجزائر لسنة 2004

المناطق	عدد السكان	عدد الأسرة	عدد الأطباء	عدد الأسرة لكل 1000 نسمة	عدد الأطباء لكل 1000 نسمة
الوسط	10624293	18543	16164	1,75	1,52
الشرق	9616633	15214	14177	1,58	1,47
الغرب	7477354	6561	8413	0,88	1,13
الجنوب الشرقي	2610160	3431	2102	1,31	0,81
الجنوب الغربي	898901	1998	839	2,22	0,93
المجموع	31227341	45747	41695	1,46	1,34

المصدر:

La Banque Mondiale, République Algérienne Démocratique et Populaire, à la recherche d'un investissement publique de qualité, op .cit, p 186.

د / عدم المساواة في مستويات عرض، وتقديم الخدمات الصحية تتجسد أكثر من خلال التفاوت المسجل في مجال توزيع عمال السلك الطبي. فالجدول أعلاه يوضح أن مؤشر عدد السكان لكل طبيب على المستوى الوطني قد بلغ 1,34 طبيب لكل 1000 نسمة .مع تسجيل تفاوت ملفت للانتباه بين مختلف المناطق، ففي الوقت الذي بلغ فيه هذا المؤشر 0,81 طبيب لكل 1000 نسمة في الجنوب الشرقي، 0,93 طبيب لكل 1000 نسمة في الجنوب الغربي، فقد بلغ في منطقة الوسط 1,52 طبيب لكل 1000 نسمة. وهو ما يمثل ضعف ما هو مسجل في المناطق الجنوبية تقريبا.

وتفسير هذا التفاوت يرجع إلى رغبة الأطباء الخواص في ممارسة نشاطهم، وتركيزه في المدن الكبرى، المدن الساحلية، والشمالية. ونفس الملاحظة أيضا تنطبق على أطباء القطاع العام، ورغم لجوء وزارة الصحة إلى جملة من الإجراءات، في محاولة منها لمعالجة الاختلالات المسجلة في مجال التغطية الطبية، إلا أن مشكلة التفاوت بقيت قائمة. وآخر هذه الإجراءات للوزارة المعنية، هي عدم خلق مناصب شغل جديدة على مستوى المناطق

الشمالية للأطباء المتخرجين في سنة 2005. مع إلزامية تأدية واجب الخدمة الوطنية في شكلها المدني(service civil). وبالرغم من تخفيض مدة الخدمة الوطنية، إضافة إلى جملة من الحوافز، فإن العديد من الأطباء فضل الامتناع عن ممارسة النشاط خارج التجمعات السكانية الكبرى، وخاصة النساء. هذه الوضعية أدت إلى وجود منشآت صحية عمومية، في بعض الولايات الفقيرة خاصة، بدون تغطية طبية كافية، وبالخصوص الأخصائيين، رغم تمتع تلك المنشآت بقاعدة تقنية مقبولة(وجود الأسرة الاستشفائية).

ونفس التفاوت نجده في مجال التغطية السريرية على مستوى بعض الولايات النائية بالرغم من المجهودات التي بذلتها الجزائر لتكريس مبدأ التوازن الجهوي، مثلما يوضحها الجدول السابق. فعلى سبيل المثال، بلغ هذا المؤشر 1,75 سرير لكل 1000 نسمة في منطقة الوسط، مع تسجيل تفاوت بين الولايات. حيث بلغ هذا المؤشر 2,89 سرير لكل 1000 نسمة على مستوى الجزائر العاصمة، في حين لا تحتوي ولاية المدية سوى على 40% من هذا العدد. كما أن المعدل الإيجابي المسجل على مستوى المناطق الجنوبية في التغطية السريرية، لا يجب أن يخفي حقيقة تباعد السكان بمسافات بعيدة عن المراكز الصحية وكذا قلة الإمكانيات المتوفرة لدى الفرق الصحية المتنقلة، التي بإمكانها تغطية الاحتياجات العلاجية في تلك التجمعات السكانية الصغيرة، والمتباعدة.

هـ / إن النمو السريع لنشاط القطاع الخاص، كان من المفروض أن يخفف من ضعف فعالية القطاع العام في مجال التغطية، وعرض العلاج، إلا أنه بإمكانه أن يزيد من عدم المساواة، من خلال المبالغ المدفوعة عند طلب الخدمات العلاجية على مستوى العيادات الخاصة. ومن جهة أخرى ضعف مستويات التعويض لدى مؤسسات الضمان الاجتماعي. فالملاحظ أن خدمات القطاع الخاص ذات نوعية عالية، إلا أن تكاليفها ليست في متناول فئات المجتمع ذات الدخل الضعيف. تضاف إلى كل هذه النقائص مسألة توطين هذه العيادات الخاصة، التي تتركز معظمها في الشمال. فمن بين 152 عيادة خاصة، التي تم إحصاؤها في سنة 2003، فإن 110 منها تتواجد في الوسط والشرق، مقابل 42 عيادة خاصة فقط في الغرب و الجنوب.

وبناء على ما ذكر، فإن معالجة الاختلالات، واللامساواة في الاستفادة من خدمات الرعاية الصحية الضرورية للسكان يجب أن تتم إما عن طريق تحسين نوعية الخدمات العلاجية التي

تقدمها المنشآت الصحية العمومية، أو تحسين مستوى تغطية خدمات القطاع الخاص عن طريق مؤسسات الضمان الاجتماعي.

4-2-4 تطور النفقات الصحية في المغرب:

لقد انتقلت نسبة النفقات الإجمالية للصحة، من الناتج الداخلي الخام في المغرب، إلى حدود 5,3 % في سنة 2005، في حين كانت تقدر بـــ 2,5% في سنة 1990، ونسبة 4,5% في سنة 1995. وبمقارنة هذه النفقات مع تلك المسجلة في الدول ذات مستويات التنمية الشبيهة، يمكن القول أن المغرب يخصص موارد مالية قليلة رغم ضعف المؤشرات الصحية لديه[1].

وقد سجلت النفقات الإجمالية للصحة، بالمغرب، معدل نمو سنوي بلغ 6% خلال الفترة 1998-2001. وبالمقارنة كذلك مع النمو السكاني الذي عرفه المغرب، فإن هذه النفقات لم ترتفع سوى بنسبة 4,8 % خلال نفس الفترة. كما أن هذه النفقات الإجمالية للصحة، التي بلغت 5,3% في سنة 2005، لم تسمح سوى بتخصيص 258 دولارا لكل فرد، معادل القوة الشرائية، بعد أن كانت تقدر بقيمة 178 دولارا أمريكيا في سنة 2000[2].

الملاحظة السلبية الأخرى، التي تميز النفقات الصحية في المغرب، هي الدور الكبير للنفقات الخاصة التي بقيت مرتفعة، كما رأينا سابقا، والتي بلغت في سنة 2005 نسبة 63,4% من إجمالي الإنفاق الصحي، مقابل 36,6% للإنفاق العمومي في نفس السنة. وبعبارة أخرى، فإن نسبة النفقات الصحية العمومية لم تمثل سوى 1,7% من الناتج الداخلي الخام، مقابل 3,4% بالنسبة للنفقات الخاصة.

مما سبق نلاحظ أن المصدر الأساسي للتمويل الصحي في المغرب، يعتمد أساسا على أساليب الدفع المباشر للأسر، عند طلب العلاج، بحيث تمثل هذه المدفوعات 58% من إجمالي النفقات الصحية. مع الإشارة إلى أن هذه المساهمة قد سجلت تراجعا بسيطا، مقارنة بسنة 1998، أين كانت تمثل 59,4%. وتعتبر أساليب الدفع المباشر للأسر من المظاهر التي تكرس عدم المساواة في الحصول على الخدمات الصحية المطلوبة.

ولتدعيم الفكرة أكثر، نذكر على سبيل المثال، أن التكلفة المتوسطة لوصفة طبية هي في حدود 250 درهما، أي ما يمثل أجرة 04 أيام عمل حسب الأجر القاعدي ***SMIG***. كما أن

(1) *0MS, Stratégie de cooperation OMS - Maroc 2004-2007, op.cit, p 06.*
(2) *OMS, Statistiques Sanitaires Mondiales 2008, op.cit.*

الفحص لدى طبيب أخصائي يكلف في المتوسط 150 درهما، وهو ما يكافئ أجرة عمل يومين ونصف حسب الأجر القاعدي[1]. وكل ذلك يعني أن تكاليف المنظومة الصحية في المغرب، تطرح بحدة مسألة العدالة التي تتيح إمكانية الحصول على العلاج، بغض النظر عن قدرات التسديد للأفراد. وهو ما يجسد فكرة غياب نظام تضامني وطني، يكفل الصحة لجميع فئات المجتمع ، وخاصة ذوي الدخل المحدود.

ويكتسي تحليل الميزانية المرصودة لوزارة الصحة[2] أهمية بالغة، بالنظر للوزن الذي يحتله التمويل العمومي للمنظومة الصحية، علاوة على كون القطاع العمومي هو الضامن لصحة السكان بالمغرب. فهو يشكل أهم مانح للخدمات العلاجية، على اعتبار أنه يوفر 80% من الطاقة الإيوائية، وشبكة من 2592 مؤسسة صحية للعلاجات الأساسية على المستوى الوطني.

ورغم الموارد المالية المخصصة، فإن ميزانية وزارة الصحة تبقى غير كافية، بحيث وصلت إلى قيمة 7,4 مليار درهم سنة 2007، أي ما يمثل أقل من 239 درهم لكل فرد. كما تمثل قيمة الميزانية المرصودة لوزارة الصحة 5,5% من الميزانية العامة للدولة (مقابل 7,3% في بداية الستينيات)، ونسبة 1,3% فقط من الناتج الداخلي الخام. مع التذكير بأن الكتلة الأجرية تمتص أكثر من نصف هذه الميزانية، بحيث تمثل الاعتمادات المالية المخصصة للموظفين نسبة 63% في حين تمثل ميزانية التسيير 19%، وميزانية التجهيز نسبة 18% من إجمالي ميزانية الوزارة.

وتجدر الإشارة في هذا الصدد، إلى المجهودات الكبيرة التي تقوم بها الوزارة الوصية والرامية إلى البحث عن موارد مالية إضافية، وذلك في إطار التعاون الثنائي، والمتعدد الأطراف، مع المنظمات الوطنية، الدولية، وكذا الجماعات المحلية، والمحسنين. وقد مكن هذا المجهود، خلال سنة 2007، من تعبئة موارد مالية إضافية خارج الميزانية العامة قدرت بقيمة 300 مليون درهم، أي حوالي 4% من ميزانية الوزارة الحالية.

---

(1) *Wadjih Maazouzi et autres, Système de santé et qualité de vie, rapport thématique, cinquantenaire de l'indépendance du Royaume du Maroc, op.cit, p 32.*

(2) هذه المعطيات مأخوذة من مشروع الميزانية القطاعية لوزارة الصحة، للسنة المالية 2008، تقديم وزيرة الصحة أمام مجلس النواب، 26 نوفمبر 2007، ص 15.

إن تحليل مشكلة عدم الإنصاف يبرز في العديد من المظاهر، والتي تتعلق أساسا بـــ:[1]

- اللجوء واستعمال مصالح العلاج لوزارة الصحة.
- تمويل هذه الخدمات من قبل الأسر المغربية.
- مشكلة توزيع الموارد المالية بين المناطق، والمحافظات.

تمويل الخدمات العلاجية من قبل الأسر، في وحدات الصحة التابعة لوزارة الصحة تظهر مشكلة الإنصاف، وصعوبة وصول الفئات المعوزة إلى تلك المزايا الممنوحة. حيث تجدر الإشارة هنا إلى أن نصف سكان المغرب تقريبا (47,2%)، الذين يطلبون العلاج يلجئون إلى الهياكل الصحية العمومية (المستوصفات، المراكز الصحية، المراكز المتخصصة المصالح المتخصصة في مرض السل، المستشفيات، المعاهد والمخابر الوطنية)، والتسعيرة المطبقة من قبل الوزارة هي الأخفض في سوق الخدمات الصحية. مع الإشارة إلى تبني سياسة مجانية العلاج على مستوى وحدات العلاج الصحية القاعدية (المستوصف، المراكز الصحية المراكز المتخصصة، مصالح مرض السل) بالنسبة لجميع السكان، إضافة إلى ضمان مجانية العلاج على مستوى المستشفيات بالنسبة للفئات المعوزة من السكان. غير أن التكفل بهذه الطبقة الفقيرة يبقى غير منصف، فبالإضافة إلى مشكل البيروقراطية على مستوى المنشآت الصحية، فإن معايير اختيار الفئات المؤهلة للاستفادة من مجانية العلاج ليست موحدة، وغالبا ما تخضع لاعتبارات ذاتية.

ومن جهة أخرى، فإن الدراسة التي قامت بها وزارة الصحة في سنة 2004، والمتعلقة بالتكاليف على مستوى المستشفى العمومي، قد أوضحت بأن المرضى بصورة عامة، والطبقة الفقيرة بصورة خاصة، يتحملون تكاليف باهظة. حيث أبرزت نتائج الدراسة أن[2]:

- من أجل الإقامة بالمستشفى، فإن الفرد الفقير يتحمل في المتوسط أكثر من 813 درهما بحيث أن 80% منها تنفق خارج المستشفى.
- رغم تخصيص المستشفى العمومي لجزء من الميزانية لشراء المنتجات الصيدلانية، فإن الفرد الفقير (المعوز) مطالب بإنفاق قيمة 355 درهما، في المتوسط، على شراء الأدوية ومستلزمات العلاج *(fongibles)* خارج المستشفى.

(1) *Royaume du Maroc, Ministère de la santé, direction de la planification et des resources financières, Comptes nationaux de la santé 2001, décembre 2005, p 60.*

(2) *IDEM.*

- 15% من مستعملي مصالح المستشفى يضطرون إلى بيع بعض أغراضهم الشخصية، أو اللجوء إلى الاستدانة، من أجل تغطية تكاليف الإقامة في المستشفى.

وقد بادرت الحكومة المغربية، في سعيها لحل إشكالية وصول الفقراء إلى الخدمات الصحية الضرورية، إلى تبني إجراءات جديدة في مجال التأمين ، والتغطية الصحية. وهي مساع تهدف إلى زيادة عدد المستفيدين من نظام التامين، من جهة، ومن جهة أخرى التكفل بمصاريف علاج الفئات المحرومة، من خلال نظام المساعدة الطبية لذوي الدخل المحدود. وسنتطرق إلى هذا العنصر بالتفصيل لاحقا.

ومن المشاكل الأخرى، التي تميز المنظومة الصحية المغربية، تلك المتعلقة بتوزيع الموارد المالية. فمن مجموع الموارد المخصصة، والمنفقة من طرف وزارة الصحة، فإن 47% منها تستفيد منها المستشفيات (15% للمراكز الاستشفائية الجامعية، و32% لباقي المستشفيات)، مقابل 38% مخصصة لشبكة العلاج الصحي القاعدي. في حين أن المعاهد والمخابر الوطنية، التي يتمثل دورها أساسا في الأنشطة الداعمة لشبكة العلاج الصحي القاعدي، بالإضافة إلى مهمة التكوين، فإنها لا تستفيد سوى من 2% من تلك الاعتمادات المالية المخصصة. أي أقل ست مرات مما هو مخصص للإدارة المركزية، والمحلية، و التي تستفيد من 12%.[1]

هذه النسبة التي تبدو كبيرة، تجد تفسيرها في دور الإدارة. ففي إطار البرامج الصحية ومتابعة الأنشطة العلاجية، والوقاية الصحية، يبرز الدور الكبير للإدارة المركزية، أو المحلية، في مجال التأطير والإشراف.

إن تحليل النفقات الإجمالية لوزارة الصحة في المغرب (إذا استثنينا المراكز الاستشفائية، المعاهد والمخابر الوطنية) بالنسبة للفرد، وحسب المناطق، يبرز تباينا صارخا في هذا المجال. حيث إن توزيع الاعتمادات المالية بين المناطق، ومختلف المنشآت الصحية لوزارة الصحة لا يتم توزيعها لاعتبارات موضوعية. سوء توجيه هذه النفقات الصحية نحو فئة السكان المستهدفة، يلاحظ في بقاء المؤشرات الصحية دون المستويات المطلوبة.

---

(1) *OMS, Ministère de la santé Maroc, Politique de santé de l'enfant au Maroc, analyse de situation, octobre 2005, p33*

خصوصا نسبة وفيات الأطفال، والأمهات التي تبقى مرتفعة في المغرب، مقارنة بما هو مسجل سواء بالنسبة للجزائر وتونس، أو بالنسبة لمنطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا.

وإلى جانب المسائل التنظيمية، ومسألة الإنصاف في عرض العلاج، فإن ضعف مستويات التمويل، وخاصة التمويل العمومي، يبقى العقبة الأساسية في تنمية وتطوير المنظومة الصحية المغربية. بحيث لا يمكن تجسيد سياسات الإصلاح الجارية دون تحسين مسألة التمويل، والإنصاف في توزيع الأعباء المالية[1].

إن قانون التغطية الصحية الجديد في المغرب، يعتبر مدخلا أساسيا للتنمية الاجتماعية بحيث أن تفعيل مدونة التغطية الصحية الأساسية يشكل قفزة نوعية، ذات أهمية بالغة في مجال الحماية الاجتماعية. وتعتبر مشروعا مجتمعيا ذا أبعاد حضارية فيما يخص التنمية البشرية على اعتبار أن من بين أهدافه الأساسية، تحسين مستوى حصول مختلف الفئات الاجتماعية على الخدمات الصحية الضرورية، والرفع من حجم تمويل المنظومة الصحية.

4-3 مصادر تمويل المنظومات الصحية المغاربية:

تواجه المنظومات الصحية المغاربية تحديات جديدة، تتمثل في التحولات التي تعرفها على الصعيد الاجتماعي، الاقتصادي، الديموغرافي، والمرضي(التغير في خريطة المرض الهرم السكاني..). هذه التحولات تستدعي تكثيف برامج التوعية، الوقاية، والتكفل بالأمراض المزمنة، إضافة إلى أمراض الشيخوخة، بفعل الارتفاع الايجابي الذي يعرفه مؤشر أمل الحياة عند الولادة. كل ذلك يستدعي توفير الموارد، وحسن توزيعها.

من المعروف أن هناك ثلاثة مصادر أساسية لتمويل النفقات الصحية (الدولة، مؤسسات الضمان الاجتماعي، والأسر). وتختلف نسبة مساهمة كل قطاع، حسب طبيعة وخصوصيات كل منظومة صحية .

والملاحظ أن هناك صعوبات كبيرة تطرح في مجال التمويل، على مستوى المصادر الثلاثة بالنسبة لهذه البلدان، وبدرجات متفاوتة، مع تنامي دور الأسر في تحمل أعباء الخدمات الصحية، في ظل ارتفاع معدلات البطالة، وتراجع اشتراكات الضمان الاجتماعي وهو ما سنحاول الوقوف عليه على مستوى كل منظومة صحية.

---

(1) *OMS , Stratégie de coopération OMS-Maroc 2004-2007, op.cit, p 19.*

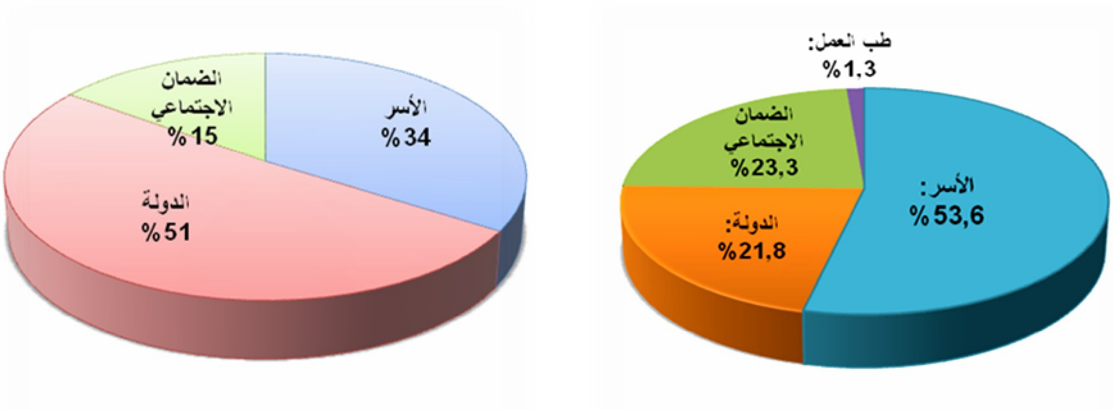
4-3-1 تمويل المنظومة الصحية التونسية:

إن نمو حجم النفقات، في المنظومة الصحية التونسية، كان بالتوازي مع النمو المسجل في الناتج الداخلي الخام. هذه النفقات الصحية تضمنها المصادر الرئيسية الثلاث: الدولة هيئات الضمان الاجتماعي، والأسر. غير أن اللافت للانتباه، هو التباين الكبير الذي أصبح يميز حصة مساهمة كل جهة من الجهات الثلاث.

إن النمو المستمر للنفقات الصحية، لم تضمنه حصة الدولة، وإنما من خلال تنامي مساهمة الأسر في عمليات التمويل. هذه المساهمة وصلت إلى مستويات كبيرة، تجعل من الصعب تحملها في حال استمرار نموها، خصوصا إذا علمنا بأن نسبة النفقات الخاصة قد انتقلت إلى 55,7% من إجمالي النفقات الصحية في تونس خلال سنة 2005، بعد أن كانت تقدر بنسبة 34% سنة 1985، و47% سنة 1995.

إن التغيرات التي حدثت في مستويات عرض العلاج، نمو القطاع الخاص، والتغير في احتياجات السكان، كل ذلك أدى إلى تغير جذري في مصادر تمويل النفقات الصحية في تونس. وهو ما جعل المريض يتحمل كل التكاليف العلاجية، أو جزء كبير منها. ويمكن توضيح التباين في مصادر التمويل الأساسية الثلاث، واتجاهات تطورها في تونس من خلال معطيات الشكل البياني التالي.

شكل رقم (64): مصادر تمويل المنظومة الصحية في تونس



مصادر التمويل في سنة 2004   **مصادر التمويل في سنة 1985**

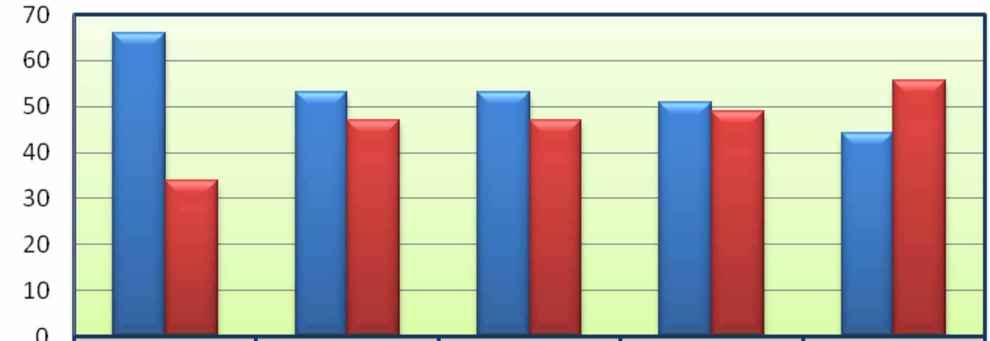
المصدر: تم إعداد الشكلين من قبل الباحث، اعتمادا على بيانات المصادر التالية:

1) *Banque Mondiale, Département du Développement Humain, République Tunisienne; étude du secteur de la santé, Mai 2006, p 37.*
2) *Maghrebmed, Santé et Médecine au Maghreb, www. maghrebmed.Com.tn.*

تشير معطيات الشكل السابق إلى بروز الأسر كمصدر أساسي في عمليات التمويل الصحي بنسبة بلغت 53,6% في سنة 2004. وقد قابل ذلك تراجعا محسوسا في حصة الدولة في تمويل إجمالي النفقات الصحية، بحيث لم تعد تتعدى نسبتها حدود 21,8% في سنة 2004 مقابل 51% في سنة 1985 . وعلى سبيل المثال، فخلال الفترة 1985-2001، عرفت حصة تمويل الصحة من ميزانية الدولة ارتفاعا بمعدل نمو سنوي بواقع 8,1%. ورغم تزايد تلك القيم المخصصة، فإن حصة الدولة في تمويل النفقات الصحية قد سجلت تراجعا من 50% إلى 30% خلال نفس الفترة. تراجع حصة الدولة في مجال التمويل، قابله تزايد حصة مؤسسات الضمان الاجتماعي في تمويل النفقات الصحية، بتسجيلها خلال نفس الفترة لمعدل نمو سنوي بلغ في المتوسط 13,6%. ومع ذلك بقيت نسبتها بسيطة، رغم انتقالها من 15% إلى 20% خلال الفترة 1985-2001، لتستقر في حدود 23,3% في سنة 2004.

وإذا نقلنا مجال المقارنة إلى مجموع النفقات العمومية على العلاج (الممولة من طرف الدولة، وكذا مؤسسات الضمان الاجتماعي)، فإننا نلاحظ أيضا تراجع حصة هذه النفقات العمومية في مجال التمويل، والتي انخفضت من 66% سنة 1985، إلى 44,3% في سنة 2005. هذا التراجع المسجل في مصادر التمويل العمومية، قابله ارتفاع حصة النفقات الخاصة بشكل ملفت، خصوصا مثلما تؤكدها معطيات الشكل الموالي.

شكل رقم (65): نسبة النفقات الصحية العمومية والخاصة في تونس



	1985	1990	1995	2000	2005
حصة النفقات العمومية	66	53	53	51	44,3
حصة النفقات الخاصة	34	47	47	49	55,7

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على المراجع التالية:

1) *OMS, Statistiques Sanitaires Mondiales 2008, op.cit, p 94.*
2) *Maghrebmed, Santé et Médecine au Maghreb, www. maghrebmed.Com.tn.*

حتى بداية الثمانينيات، كان عرض العلاج مقتصرا على القطاع العام، ولم يكن هناك عائق أمام المؤمنين. بدليل أن الدور الريادي لهذا القطاع، والبرامج الصحية الوطنية التي كان يشرف عليها، قد مكنت من تحسين إيجابي لمختلف المؤشرات الصحية. ونظرا لعدم قدرة منشآت القطاع العام، على التكيف مع الاحتياجات المتنامية للسكان، بفعل التحولات الديموغرافية والوبائية. ومن جهة أخرى عرف النشاط الحر نموا سريعا، سواء من حيث العدد، أو من حيث نوعية الخدمات المقدمة. كل ذلك دفع المنخرطين في منظومة التأمين السابقة إلى التوجه نحو القطاع الخاص مع تحملهم لنفقات العلاج المقدم[1].

إن التراجع النسبي لدور الدولة في مجال تمويل نفقات الصحة العمومية، يترجم بانخفاض الدعم المقدم للمنشآت العمومية (بالنسبة المئوية). أما من حيث القيم المطلقة، فإن المبالغ الإجمالية المقدمة في إطار الدعم، قد عرفت ارتفاعا مستمرا من سنة إلى أخرى. غير أن تحليل هذه المخصصات فيبرز بوضوح، أن عمليات الدعم التي تقدمها الدولة أصبحت موجهة أكثر فأكثر نحو منشآت المستوى الأول للعلاج. وفي المقابل، فإن المراكز الاستشفائية الجامعية، والمستشفيات الجهوية أصبحت تعتمد أكثر على تسديد الفواتير من قبل مؤسسات الضمان الاجتماعي، وكذا الإيرادات الخاصة المتكونة أساسا من دفع التذكرة المخفضة[2].

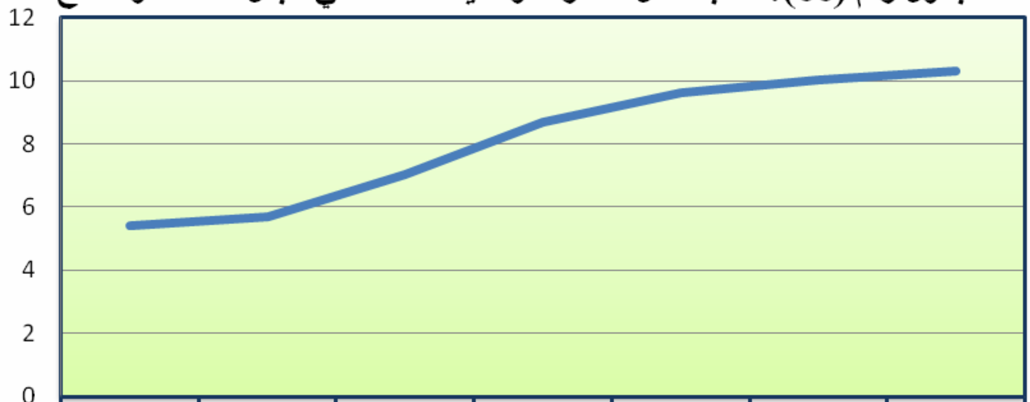
نمو النفقات الصحية الخاصة، يجد تفسيره بالأساس في تزايد أساليب الدفع المباشر لخدمات القطاع الخاص، الذي عرف نموا متسارعا، منذ التسعينيات كما ذكرنا. والتوجه أكثر فأكثر نحو الممارسة الحرة، وتزايد عدد العيادات المتخصصة. ويبرز تنامي دور الأسر في تحمل أعباء التمويل، من خلال تغير هيكل الإنفاق لهذه الأسر، حيث تشير المعطيات المتوفرة إلى تنامي حصة الإنفاق على النظافة والعلاج، من بنود الإنفاق الإجمالية للأسر التونسية، حيث انتقلت نسبتها من 7% إلى 10% خلال عشريتين (1975-2005). ويمكن توضيح ذلك من خلال معطيات الشكل الموالي.

---

(1) *Association Internationale de la Sécurité Sociale (AISS), Tunisie : La réforme de l’assurance maladie, 18/12/2008. www.issa.int/fr/*

(2) *Banque Mondiale, Département du Développement Humain, République Tunisienne ; étude du secteur de la santé, Mai 2006,op.cit, p 46.*

جدول رقم (66): نسبة دخل الأسر التونسية المنفقة في مجال النظافة والعلاج



	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005
النظافة والعلاج	5,4	5,7	7	8,7	9,6	10	10,3

المصدر: الموقع الالكتروني للمعهد الوطني للإحصاء، تونس بتاريخ بتاريخ 2009/4/19: www.ins.tn

4-3-1-1 واقع التأمين الصحي في تونس:

لقد تم إنشاء نظام التأمين الصحي في هذا البد المغاربي منذ الخمسينيات، و يتشكل من عدة أنظمة، عمومية وخاصة. وبعبارة أخرى، فإن هذا التأمين تم تنظيمه وفق نظامين:

- نظام التأمين الإجباري، ممول من اشتراكات الأجور، وأرباب العمل، و يسيره صندوقان أساسيان هما: الصندوق الوطني للتقاعد والحيطة الاجتماعية (CNRPS)[1]. والصندوق الوطني للضمان الاجتماعي(CNSS)[2].
- نظام التأمين الاختياري، المسير من قبل شركات التأمين، و Mutuelles.

مما سبق ندرك أن نظام التأمين التونسي يتمحور حول نشاط الصندوقين السالفي الذكر حيث إن الصندوق الوطني للتقاعد والحيطة الاجتماعية، فهوخاص بالمؤمنين في القطاع العام أما نشاط الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، فهو خاص بالمؤمنين في القطاع الخاص.

وتجدر الإشارة إلى أن نظام الحيطة الاجتماعية المسير من قبل الصندوق الأول، قد تم اعتماده سنة 1951، وتم تعديله في سنوات 1972، 1973، 1988، 1992. في حين أن التأمين على المرض، الولادة، والوفاة، والمسير من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي فقد تم إنشاؤه في سنة 1960[3].

(1) *Caisse Nationale de Retraite et de Prévoyance Sociale (CNRPS).*
(2) *Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS).*
(3) Hédi Achouri, L'Assurance Maladie en Tunisie; situation actuelle , perspectives de réforme, op.cit.

هذان النظامان (الصندوقان)، يمنحان للمؤمنين الاجتماعيين إمكانية الحصول المباشر على الخدمات العلاجية المقدمة على مستوى المنشآت الصحية العمومية، ودفع ما يعرف بالتذكرة المعدلة (*ticket modérateur*). غير أن الصندوق الوطني للتقاعد والحيطة الاجتماعية، الذي ينتمي إليه عمال القطاع العام، فإنه يمنح المنخرطين إمكانية الحصول على الخدمات العلاجية في القطاعين العمومي، أو الخاص، حسب اختيارهم. بشرط التسديد المسبق لتكاليف العلاج على أن يتم التعويض لاحقا[1]. هذه المعطيات توضح عدم المساواة بين المؤمنين، في مجال الحصول عل الخدمات العلاجية، باختلاف النظام التابعين له.

إن التباين مستويات التغطية، وحجم الخدمات المقدمة من قبل صندوقي الضمان الاجتماعي تبرز أيضا من خلال المعطيات التالية:

- الإقامة الاستشفائية في المؤسسات العمومية، هي مجانية بالكامل، بالنسبة للمرضى التابعين للصندوق الوطني للتقاعد والحيطة الاجتماعية. في حين أن المرضى المنخرطين في الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، فإنهم يسددون قيمة التذكرة المعدلة (*ticket modérateur*)، التي تعوض لهم لاحقا.
- المنخرطون في الصندوق الوطني للتقاعد والحيطة الاجتماعية، يستطيعون الفحص مجانا(بمعنى أنه يتم تعويضهم) على مستوى العيادات، مع عدم إمكانية التعويض بالنسبة للعمليات الجراحية فيها. أما المنخرطون في الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، الذين يعالجون في القطاع الخاص، فإن تعويضهم يتم حسب الحسابات المعمول بها بالنسبة للإقامة الاستشفائية العمومية. بمعنى 15-20% من تسعيرة العيادة جراحة القلب كان يتم التكفل بها سابقا، عندما كانت تتم في الخارج. وفي المدة الأخيرة أصبح يتم التكفل بها عندما تجرى داخل التراب التونسي، سواء في المستشفيات العمومية، أو العيادات الخاصة. وقد أدى هذا الإجراء إلى تسريع وتيرة نمو هذا النوع من العيادات المتخصصة، والتي بقيت أسعارها محددة بصورة حرة قبل الإجراءات الأخيرة المتعلقة بإصلاح نظام التأمين على المرض[2].

---

(1) *A.I.S.S, Tunisie : La réforme de l'assurance maladie, op.cit ; 18/12/2008. www.issa.int/fr/*

(2) *Marc Lautier, Les exportations de services de santé des pays en développement, le cas Tunisien, op.cit, p37,38.*

أ. نظام المساعدة الطبية المجانية: *Régime d'assistance médicale gratuite*

في إطار السعي لتعميم مبدأ شمولية التغطية الصحية على كل فئات المجتمع، تم اعتماد هذا النظام ليغطي الفئات الفقيرة من السكان، وذوي الدخل المحدود. وتم تغطية هذه الفئات من خلال منح بطاقات العلاج المجاني، وبطاقات العلاج بالتعريفة المخفضة. مع الحرص على توجيهها إلى مستحقيها.

- المجانية الكلية للعلاج، تتمثل في منح بطاقات علاج صالحة لمدة 5 سنوات، مع تجديدها سنويا[1]. ويشمل هذا الإجراء 171000 بطاقة[2] (أكثر من 8% من إجمالي عدد السكان)، ويتعلق الأمر بالأسر المستهدفة ببرامج المساعدة الدائمة، واالطفولة المسعفة.
- نظام العلاج بالتعريفة المخفضة، يتمثل في منح بطاقات علاج صالحة لمدة خمس سنوات أيضا، وتجديدها سنويا. وقد تم توزيع 548000 بطاقة[3]، وهو ما يفوق 25% من إجمالي السكان. هذه الفئة ملزمة بدفع اشتراك سنوي قدره 10 دنانير تونسية إضافة إلى التذكرة المعدلة.

إلى غاية 1982، فقط العمال الأجراء، يخضعون لنظام الضمان الاجتماعي. من خلال الصندوق الوطني للتقاعد والحيطة الاجتماعية بالنسبة لعمال الدولة، والمؤسسات العمومية. والصندوق الوطني للضمان الاجتماعي بالنسبة للمؤسسات الصناعية، والتجارية التابعة للقطاع الخاص.

وخلال الفترة 1982-1986، توسع مجال التغطية للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي ليتم إدماج الفلاحين الأجراء في النظام العام، مع خلق نظام خاص بالنسبة لغير الأجراء[4]. ولم تقتصر التغطية الاجتماعية على القطاعات المنظمة، بل تخطتها لتشمل العاملين لحسابهم الخاص في القطاع الفلاحي، وغير الفلاحي، صغار الفلاحين، والحرفيين، وغيرها من الفئات التي لم تكن تشملها مظلة التأمين.

---

(1) *Hédi Achouri, L'Assurance Maladie en Tunisie; situation actuelle , perspectives de réforme, op.cit.*

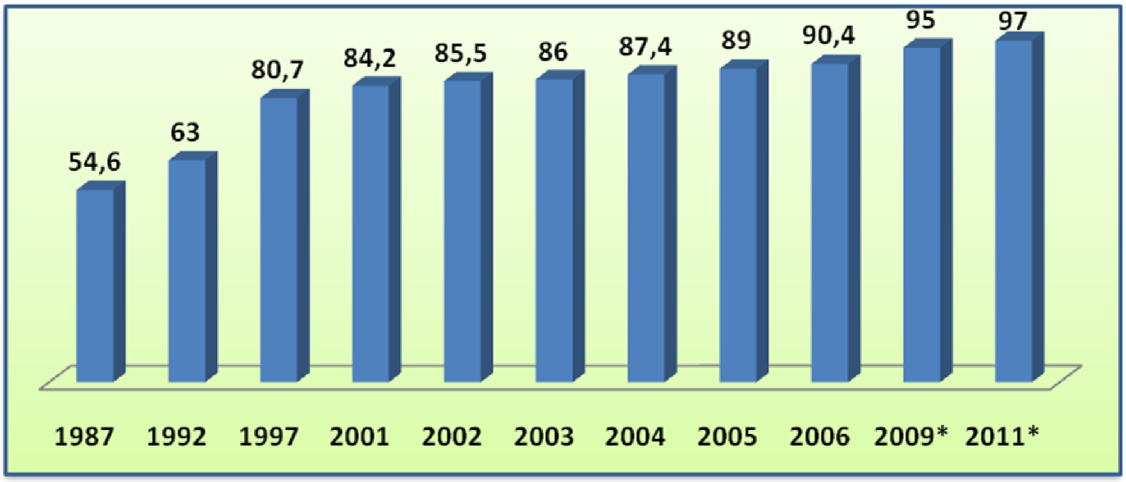
(2) الجمهورية التونسية، وزارة التنمية والتعاون الدولي، الميزان الاقتصادي لسنة 2008، ص 186.

(3) نفس المرجع، ص 186.

(4) *Marc Lautier, Les exportations de services de santé des pays en développement, le cas Tunisien, op.cit, p37.*

ويكتسي قطاع الضمان الاجتماعي أهمية كبيرة، ضمن شبكات الأمان الاجتمـــاعي بفضل الدور الذي يلعبه في تقليص الفوارق بين مختلف الفئات الاجتماعية. وكان من نتائج ذلك ارتفاع مستويات التغطية، وعدد المنخرطين تحت مظلة الضمان الاجتماعي. فقد انتقل عدد المنخرطين في تونس من 1.079.615 في سنة 1987، إلى 3.087.315 مؤمنا في سنة 2006. وترتفع بذلك نسبة التغطية للفئات المنضوية تحت مظلة الضمان الاجتماعي، من 54,6% سنة 1987، إلى نسبة 90,4% سنة 2006. وتهدف الإجراءات الأخيرة، في مجال إصلاح التأمين على المرض، إلى تحسين نوعية الخدمات المقدمة، ورفع مستويات التغطية إلى حدود 97% بحلول عام 2011. ويمكن إبراز تطور مستويات التغطية للضمان الاجتماعي في هذا البلد المغاربي من خلال بيانات الشكل الموالي.

شكل رقم (67): نسبة التغطية للضمان الاجتماعي في تونس



* توقعات

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على المصادر التالية:

1- الجمهورية التونسية، وزارة التنمية والتعاون الدولي، المخطط الحادي عشر للتنمية 2007-2011، الملحق الإحصائي

2- الجمهورية التونسية، وزارة التنمية والتعاون الدولي، الميزان الاقتصادي لسنة 2008، مرجع سبق ذكره، ص 184.

3- Hédi Achouri, L'Assurance Maladie en Tunisie; situation actuelle, perspectives de réforme, op.cit.

تزايد مستويات التغطية الاجتماعية في تونس، يتجلى في ارتفاع حجم المدفوعات التي يقدمها هذا القطاع إلى المنخرطين في صندوقي الضمان الاجتماعي. بحيث انتقلت قيمة الخدمات المقدمة من 2415,1 مليون دينار تونسي في سنة 2005، إلى قيمة 2948,9 مليون دينار تونسي في سنة 2007.

جدول رقم (57): حجم الخدمات المقدمة من صندوقي الضمان الاجتماعي في تونس

	1987	2005	2006	2007
حجم الخدمات المقدمة (مليون دينار)	286	2418	2726	3071
حجمها من الناتج الداخلي الخام (%)	غ م	6,4	6,6	6,8
معدل المنافع المقدمة لكل مؤمن اجتماعي	غ م	851	894	938

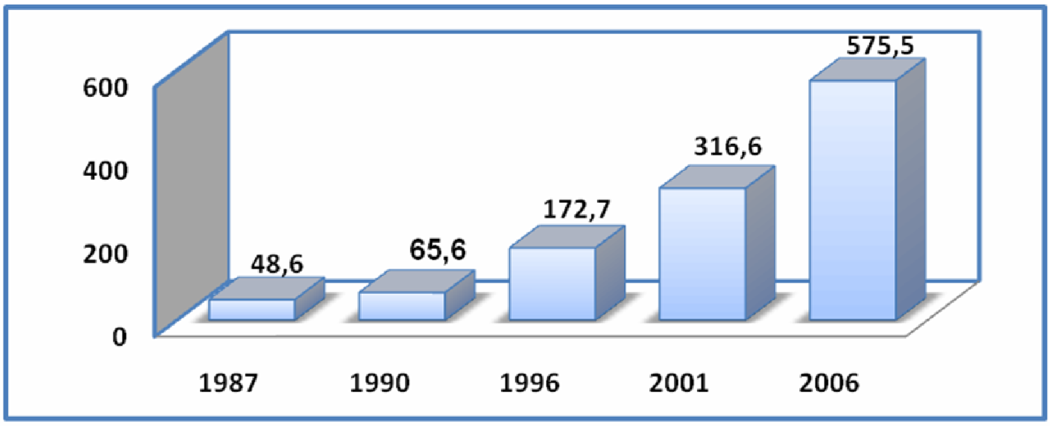
المصدر: من إعداد الباحث بناء على المعلومات الواردة في:

الجمهورية التونسية، وزارة التنمية والتعاون الدولي، الميزان الاقتصادي لسنة 2007، ص 168.

الجمهورية التونسية، وزارة التنمية والتعاون الدولي، الميزان الاقتصادي لسنة 2008، ص 185.

أما بالنسبة لنفقات صندوقي الضمان الاجتماعي، في مجال التغطية الصحية، فقد سجلت تطورا هاما، بانتقالها من 48,6 مليون، في سنة 1987، إلى 575,5 مليون دينار تونسي في سنة 2006. وهو ما جعل نسبة نفقات الضمان الاجتماعي، من إجمالي النفقات الصحية التونسية، ترتفع من 15% سنة 1990، إلى نسبة 25% في سنة 2006. والجدول الموالي يبرز تطور هذه النفقات.

شكل رقم (68): نفقات الضمان الاجتماعي في مجال التغطية الصحية في تونس



المصدر:

الضمان الاجتماعي في تونس

Hédi Achouri, L'Assurance Maladie en Tunisie; situation actuelle , perspectives de réforme, op.cit.

وتعتبر السنوات المقبلة، نقطة تحول جوهرية في تغير مصادر تمويل المنظومة الصحية التونسية، وذلك بالنظر إلى الإصلاحات التي استهدفت قطاع الضمان الاجتماعي. حيث انطلق العمل بالمرحلة الأولى من النظام الجديد للتأمين على المرض منذ الفاتح من جويلية 2007. والذي يمكن المؤمنين الاجتماعيين من استرجاع مصاريف العلاج، بالقطاعين

العمومي والخاص. وهذه الخدمات يوفرها مقدمو العلاج الصحي المتعاقدون مع الصندوق الوطني للتأمين على المرض، وذلك بالنسبة للأمراض المكلفة والمزمنة، الولادة، متابعة الحمل، العمليات الجراحية، والإقامة الاستشفائية[1]. والعمل على تحسين نسبة التغطية الاجتماعية، والوصول بها إلى حدود 97% بحلول عام 2011.

4-3-1-2 دوافع إصلاح نظام التأمين على المرض في تونس:

يعاني النظام الحالي للتأمين على المرض في تونس من عدة نقائص نذكر منها:[2]

أ- **تعدد المتدخلين:** فنظام التأمين السابق يسير بتشريعات مختلفة، بحسب الصناديق دون أن يكون هناك تنسيق. وبالنظر لمحدودية التغطية للضمان الاجتماعي، فقد لجأ العديد من أرباب العمل إلى توقيع تأمينات تكميلية لصالح عمالهم. وتضاف إلى ذلك المبادرات العديدة في إطار الضمان الصحي التعاوني (**Mutuelles**). ونتج عن ذلك تنوع أشكال التغطية.

ب- **إشكالية التوازنات المالية لصناديق الضمان الاجتماعي:** لقد أصبح معدل نمو نفقات تلك الصناديق يهدد توازنها المالي. يضاف إلى ذلك أن قيم الاشتراكات المدفوعة، لم تعد كافية لتغطية النفقات السنوية المسجلة على مستوى الصندوق الوطني للتقاعد والحيطة الاجتماعية (*CNRPS*). وبدرجة أقل، بالنسبة لمصاريف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي (*CNSS*).والجدول الموالي يوضح اختلاف معدلات الاشتراك بين العمال النشطين في القطاع العام، والخاص.

جدول رقم (58): نسبة اشتراك المستفيدين من صندوقي الضمان الاجتماعي في تونس

	القطاع العام	القطاع الخاص
العمال الأجراء	% 2	% 4,75
المتقاعدين	%1	%0

المصدر:

Banque Mondiale, Département du Développement Humain, République Tunisienne ; étude du secteur de la santé, Mai 2006, op.cit, p 77.

---

(1) الجمهورية التونسية، وزارة التنمية والتعاون الدولي، الميزان الاقتصادي لسنة 2008، ص 185.

(2) *Banque Mondiale, Département du Développement Humain, République Tunisienne ; étude du secteur de la santé, Mai 2006,op.cit, p 77.*

ج- عدم رضى المنخرطين:

نظرا للتغيرات في التركيبة العمرية وخريطة المرض، فإن متطلبات السكان المتزايدة والمتعلقة أساسا بنوعية الخدمات المقدمة، درجات التكفل بها، إضافة إلى فترات الانتظار التي أصبحت تميز عمل المنظومة الصحية، جعلت القطاع العام غير قادر على تلبية تلك الاحتياجات. هذا العجز ناتج عن ضعف مساهمات صناديق الضمان الاجتماعي في عمليات التمويل، والتي لم تعد تتعدى 23% من إجمالي النفقات، في الوقت الذي يمثل المنخرطون في هذه الصناديق نصف زبائن المنشآت الصحية العمومية. هذه الأسباب، وغيرها، جعلت من الضروري إعادة النظر في منظومة التأمين على المرض لمحاولة تحسين نوعية التغطية. وهو ما تم العمل به منذ الفاتح من جويلية 2007.

4-3-1-3 محتوى إصلاح نظام التأمين على المرض في تونس:

إن تجسيد جملة الإصلاحات التي بوشرت جاء من خلال صدور القانون رقم 71-2004 بتاريخ الثاني أوت سنة 2004، والمتعلق بإنشاء نظام جديد للتأمين على المرض. ومن بين الإجراءات الأساسية المقررة يمكن ذكر[1]:

- إقامة نظام تأمين قاعدي إجباري موحد لجميع المؤمنين. وأوكلت مهمة تسيير النظام الجديد للصندوق الوطني للتأمين على المرض[2]، الذي تم إنشاؤه بنفس القانون.
- تحديد معدل اشتراك وحيد بالنسبة لجميع العمال النشطين، والمؤمنين (6,75%)، حيث يتحمل رب العمل 4%، والباقي على عاتق المؤمن(2,75%). أما المستفيدون من معاشات التقاعد فيسددون اشتراكا قدره 4%.
- تحديد سلة العلاج بصورة واضحة.
- فتح نظام التأمين الإجباري على خدمات القطاع الخاص، وذلك باعتماد جملة من الترتيبات، التي تنظم علاقة هذا القطاع بالصندوق الوطني للتأمين على المرض.
- الاحتفاظ بنظام التغطية التكميلية الاختيارية[3]، مع تحديد مجال تدخلها في الخدمات المقدمة، وكذا الجزء من الخدمات العلاجية التي تترك على عاتق المؤمن.

(1) *A.I.S.S, Tunisie : La réforme de l'assurance maladie, op.cit ; 18/12/2008. www.issa.int/fr/*
(2) ***(CNAM):****Caisse Nationale d'Assurance Maladie*
(3) *Couverture complémentaire facultative.*

- إنشاء مجلس وطني للتأمين على المرض، مع إشراك جميع الفاعلين، وممثلي منظومة التأمين على المرض. مهمة هذا المجلس هي التقييم الدوري للنظام الجديد، واقتراح الحلول لجملة المشاكل التي قد تظهر أثناء مراحل التطبيق.

سيتكفل الصندوق الوطني للتأمين على المرض بتسيير الأنماط السابقة، التي كانت تحت إشراف الصناديق السابقة، وضمان استمرارية النشاط، إلى غاية تعميم استعمال المنظومة الجديدة للتأمين، والتي مرت بمرحلتين في عملية التطبيق: المرحلة الأولى انطلقت في الفاتح من جويلية 2007، بينما انطلقت المرحلة الثانية في الفاتح جويلية من سنة 2008.

في إطار إصلاح منظومة التأمين على المرض في تونس، فقد تقرر استفادتها من مساعدة مالية من الاتحاد الأوربي، في إطار ما يعرف ببرنامج ميدا (MEDA)، وهي على شكل غلاف مالي بقيمة 40 مليون أورو لدعم الإصلاحات. هذه المساعدة المالية تقدم على مرحلتين، بحسب الالتزام ببنود الإصلاحات، والمتمثلة أساسا في ضرورة الاتفاق بين الأطباء، العيادات، والحكومة، حول أشكال ودرجات التكفل بالخدمات الصحية(1).

أ- فروع العلاج وأشكال الدفع:

إن أشكال التغطية في إطار الإصلاحات المقررة، تتمثل في إنشاء ثلاثة أنماط للعلاج وبإمكان المؤمن أن يختار بين الأنماط الثلاثة التالية(2):

- النمط العمومي: ***La filière publique***، حيث يقوم المريض بتسديد قيمة التذكرة المعدلة فقط، ويكون هناك تحديد لسقف التعويضات بحسب مستويات الدخول.
- النمط الخاص: ***la filière privée***، وهو الأسلوب الموجه الذي يلزم المريض باختيار الطبيب المعالج (من القطاع الخاص)، والذي يكون مسؤولا عن توجيه هذا المريض داخل منظومة العلاج.
- نمط التعويضات: ***La filière remboursement***، حيث تكون للمريض حرية الاختيار مع عدم وجود التذكرة المعدلة.

وسنتطرق فيما يلي إلى كل نمط من الأنماط الثلاثة، وتوضيح خصوصيات كل منها(3).

---

(1) Marc Lautier, Les exportations de services de santé des pays en développement, op.cit, P38.
(2) IDEM, p39.
(3) Banque Mondiale, Département du Développement Humain, République Tunisienne ; étude du secteur de la santé, Mai 2006,op.cit, p 81.

❖ **النمط العمومي:**

اختيار هذا النمط يسمح للمؤمن بالاستفادة من جميع أشكال الخدمات العلاجية، المقدمة على مستوى المنشآت الصحية العمومية. ومع وجود طرف ثالث، يضمن عملية التسديد (*tiers payant*)، فقد توسع مجال الخدمات التي يتم التكفل بها في هذا النمط. فبالإضافة إلى تغطية العلاج المستمر *(soins ambulatoires)*، وكذا العلاجات الاستشفائية، فإن الأدوية المسلمة للمرضى في المنظومة العمومية تخضع للمدونة الاستشفائية *Nomenclature hospitalière* المعمول بها في المستشفيات العمومية.

ومن أجل تشجيع المؤمنين على الانضمام إلى هذا النمط العمومي للعلاج، فإن المبلغ السنوي الإجمالي للتذكرة المعدلة، محددة بسقف لا يتعدى أجرة شهرين للمؤمن. وبعد هذا السقف يتكفل الصندوق الوطني للتأمين على المرض بإجمالي المصاريف. وبالإضافة إلى ما ذكر فإن بعض الفئات، مثل عمال قطاع الصحة العمومية، وقوات الأمن، إذا اختارت هذا النمط العمومي، ستكون معفاة من تسديد قيمة التذكرة المعدلة.

❖ **النمط الخاص(الموجه):**

ويتوجب على المؤمن في هذا النمط، أن يختار طبيبه العام، الذي يكون متعاقدا مع الضمان الاجتماعي. هذا الإجراء يهدف إلى محاولة التحكم في التكاليف، وتقليل الفحوصات الطبية المتعددة. والمؤمن الذي يختار هذا النمط، ملزم بالمرور بهذا الطبيب المعالج، قبل اللجوء إلى العلاج لدى الأخصائيين، باستثناء بعض التخصصات مثل طب العيون، أمراض النساء، طب الأطفال. ومثل ما هو معمول به في النمط الأول فقد تقرر العمل بأسلوب الطرف الثالث في التسديد *(tiers payant)*. في حين أن التذكرة المعدلة التي تبقى على عاتق المؤمن، لم يحدد لها سقف، عكس ما هو معمول به في النمط العمومي.

❖ **نمط التعويض(استرجاع التكاليف):**

هذا النمط هو قريب جدا من الإجراءات التي كانت مطبقة في النظام السابق، المتعلق بالصندوق الوطني للتقاعد والحيطة الاجتماعية *(CNRPS)*. وباختيار هذا النمط، يقوم المؤمن بتسديد جميع نفقات العلاج المحصل عليها، على أن يتم التعويض لاحقا. لكن هذه التعويضات لا تغطي سوى جزء من هذه المصاريف، والحصة النهائية التي تبقى على عاتق

المؤمن تتوقف على طبيعة الخدمات العلاجية المقدمة. وقد تقرر تحديد سقف للتعويض وخاصة بالنسبة للخدمات المقدمة في القطاع الخاص، والمتسمة بنوع من الإسراف.

وقد تم اعتماد المرحلية في تنفيذ إصلاحات منظومة التأمين على المرض في تـونس مع الإشارة إلى أن الأنماط الثلاثة، لا تغطي في البداية سوى الخدمات العلاجية المستمرة على أن يتم لاحقا التكفل بالإقامة الاستشفائية في القطاع الخاص، والتي سيستفيد منها المنخرطون في النمطين الثاني والثالث. أما بعض الخدمات العلاجية المتخصصة، كتصفية الكلى، جراحة القلب، إلى جانب الخدمات ذات التخصص العالي، فسيتم التكفل بها مهما كان نوع النمط الذي يختاره المؤمنون.

4-3-2 : تمويل المنظومة الصحية في المغرب:

على الرغم من المجهودات المبذولة، فإن مؤشرات الرعاية الصحية في المغرب، ما تزال ضعيفة وبعيدة عن تلك المسجلة بدول المنطقة. هذا الضعف يجسده ارتفاع معدل وفيات الأمهات، الرضع، ووفيات الأطفال أقل من خمس سنوات. كما نسجل تباينا كبيرا في مستويات الحصول على الخدمات الصحية بين المناطق الحضرية من الناحية الكمية والنوعية. ضعف هذه المؤشرات يجد تفسيره في مصادر تمويل المنظومة الصحية، التي بقيت على عاتق الأسر المغربية، في ظل ضعف مستوى التأمين، والتغطية الصحية بين فئات السكان، والتي لم تكن تتعدى نسبة 16%. ونتج عن ذلك تنامي مساهمات الأسر في عمليات التمويل الصحي، خصوصا من خلال آلية الدفع المباشر لمصاريف العلاج والخدمات.

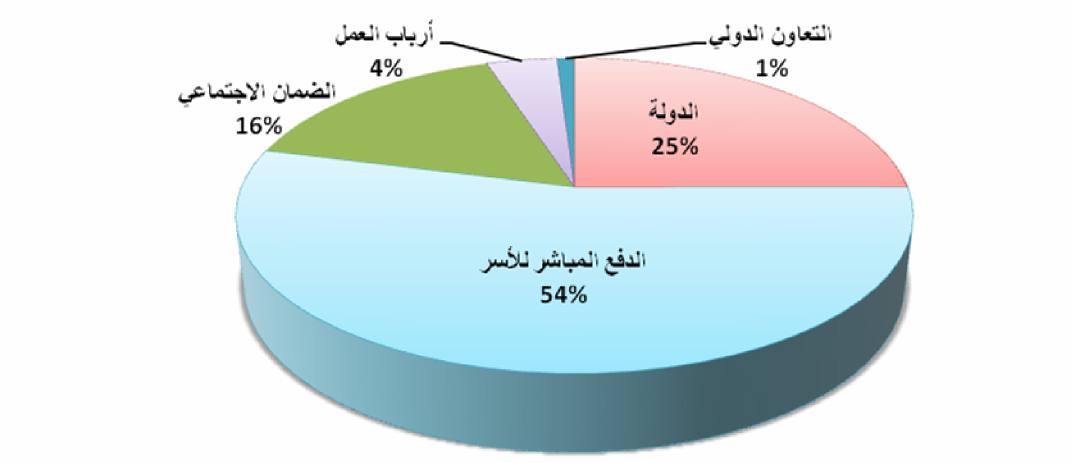
فمنذ سنة 1998[1] لم يعرف هيكل تمويل المنظومة الصحية المغربية، تغيرا كبيرا وبقيت نسبة الإنفاق الخاص هي المسيطرة. فرغم التراجع النسبي في حصة الإنفاق الخاص في مجال التمويل من 68% في سنة 2000، إلى 63,4% من إجمالي النفقات الصحية في سنة 2005[2]، فإن نسبة هذه المساهمة تبقى كبيرة، تطرح معها مسألة العدالة، والإنصاف في الحصول على الخدمات الصحية، خصوصا بالنسبة للفئات التي لا تتمتع بتغطية طبية.

---

(1) *Ministère de la santé Maroc, santé – vision 2020, année 2007, op.cit, p 26.*
(2) *OMS, Statistiques Sanitaires Mondiales 2008, op.cit, p 92.*

لقد بلغت ميزانية وزارة الصحة لسنة 2007، حوالي 7,4 مليار درهم، أي أقل من 239 درهما للفرد. هذه المخصصات تمثل أقل من ثلث النفقات الإجمالية، ولم تتجاوز 1,3% من الناتج الداخلي الخام، و5,5% من الميزانية العامة للدولة(مقابل 7,3% في بداية الستينيات)[(1)] في حين بلغت النسبتين الأخيرتين 1% و 4,8% على التوالي في سنة 1996[(2)]. وقد حظيت ميزانية وزارة الصحة بعناية كبيرة في السنوات الأخيرة، فخلال الفترة 1997-2007، كان تطور مؤشر ميزانية وزارة الصحة أعلى مما هو مسجل في ميزانية الدولة، أو الناتج الداخلي الخام. غير أن هذا النمو المسجل تمتصه الكتلة الأجرية، التي تمثل 63% من الاعتمادات المخصصة للوزارة[(3)]. كما أن اختلال هيكل هذه الميزانية يستدعي إعادة نظر على اعتبار أن نمو حجم الاستثمارات هو أسرع من حجم النفقات المتكررة، واللازمة لصيانتها. وهنا يجدر التذكير بأن الاعتمادات المالية الضرورية لعمليات الصيانة والإصلاح لا تمثل سوى 4% فقط من الاستثمارات الفعلية(البنايات، التجهيزات، وسائل النقل...)[(4)] وهو ما يفسر طول مدة الأعطال وتكررها، وما ينتج عنها من ضعف في نوعية الخدمات المقدمة، وتدهور ممتلكات وزارة الصحة.

شكل رقم (69): مصادر تمويل النفقات الصحية في المغرب



المصدر: تم إعداد الشكل اعتمادا على المعطيات الواردة في:

Wadjih Maazouzi et autres, Système de santé et qualité de vie, rapport thématique, cinquantenaire de l'indépendance du Royaume du Maroc, op.cit, p 33.

---

(1) *Ministère de la santé Maroc, santé – vision 2020, année 2007, op.cit, p 27.*

(2) *PNUD, Maroc; Rapport de développement humain 2005, Femmes et dynamiques du développement, op.cit, p 26.*

(3) *Fatiha KHERBACH, L. Asma EL ALAMI EL FELLOUSSE, Etude sur le financement des soins de santé au Maroc, Rapport final, OMS, Novembre 2007, op.cit, p 40.*

(4) *IDEM.*

وقد بقيت الأعباء المالية التي تتحملها الأسر مرتفعة، من خلال أساليب الدفع المباشر[1]، حيث تشير معطيات الشكل إلى بلوغها نسبة 54% من إجمالي النفقات الصحية (دون احتساب النفقات التي تسددها مؤسسات التأمين، والتعاضديات للأسر). أما الميزانية العمومية للدولة (الموارد الضريبية الوطنية، والمحلية)، فبلغت 25%، مقابل 16% من التأمينات على المرض(الاشتراكات الأجرية للأسر، اشتراكات أرباب العمل...). وهو ما يعني أن التمويل الجماعي لا يغطي سوى 41% من إجمالي النفقات الصحية. أما مصادر التمويل الأخرى، فتشمل 4% بالنسبة لأرباب العمل (خارج الدولة والجماعات المحلية) والتعاون الدولي الذي شكل نسبة 1% من إجمالي النفقات الصحية.

إن الرفع من مستويات التمويل العمومي، وشبه العمومي، من خلال تعبئة أكبر للموارد المالية، من شأنه أن يخلق نوعا من التوازن في مصادر تمويل المنظومة الصحية المغربية وتخفيف أسلوب الدفع المباشر للأسر. كما يستوجب على الدولة رفع نسبة ميزانية وزارة الصحة إلى حدود 10% من إجمالي الميزانية العامة، كما توصي بذلك المنظمة العالمية للصحة[2]. وسيكون لذلك أثر إيجابي في توفير الخدمات العلاجية، والوصول إليها، وكذا ضمان البرامج الوقائية وتقويتها.

4-3-2-1 الإصلاحات الجارية على نظام التأمين في المغرب:

لقد تطور الحوار الوطني حول التغطية الصحية الأساسية، عبر أربع مراحل[3]:

- المرحلة التحضيرية الأولى، التي أثيرت فيها الدراسات المتعلقة بالتكاليف، وتمويل الصحة. والتي سمحت بتنظيم عدة ملتقيات وطنية، ودولية.
- المرحلة الثانية، والتي أفرزت أول مشروع قانون، يتم إعداده في سنة 1991 من طرف وزارة الصحة. غير أن هذا المشروع لم يتجاوز مرحلة التحضير الإداري.
- المرحلة الثالثة، والتي أفضت إلى تبني الحكومة لمشروع قانون في سنة 1995.

---

(1) الدفع المباشر لا يعني إجمالي الإنفاق الذي تم التطرق إليه سابقا، والمقصود هنا حجم المصاريف التي يتحملها الفرد مباشرة في نقاط تلقي الخدمة.

(2) *Wadjih Maazouzi et autres, Système de santé et qualité de vie, rapport thématique, cinquantenaire de l'indépendance du Royaume du Maroc, op.cit, p 48.*

(3) *Alami Greft Abdeljalil, L'assurance-maladie obligatoire au cœur du débat au Maroc, Conférence Internationale de l'AIM, p 41.*

- المرحلة الرابعة، وبعد التخلي عن مشروع 1995، تم فيها تبني المغرب للقانون الأساسي المتعلق بالتغطية الصحية الأساسية (*CMB*). هذه الخطوة اعتبرت كحجر زاوية لنصوص أخرى، أعدتها وزارة الصحة المغربية، والمتعلقة بإعادة تنظيم عرض العلاج، عمل المستشفيات، وضبط المنظومة الصحية.

قبل الشروع في تطبيق الإصلاحات المتعلقة بنظام التغطية الصحية الأساسية، فإن مستويات التغطية كانت ضعيفة جدا، لا تتعدى 16,4%، والغالبية العظمى من المؤمنين هم من عمال الدولة، وسكان المدن (أكثر من ثلثي المؤمنين). ومع الشروع في تنفيذ هذه الإصلاحات الجديدة المتعلقة بنظام التأمين الإجباري للأجراء، وفي وقت لاحق نظام المساعدة الطبية للفئات الفقيرة، وكذا التأمين على المرض بالنسبة لغير الأجراء (المهن الحرة) الذي أطلق عليه "عناية"، من شأن ذلك تقوية أسلوب التمويل الجماعي، والتضامني للصحة، وتقليل الفوارق في مجال طلب الخدمات العلاجية، والحصول عليها.

حتى سنة 2005، فإن التأمين على المرض لم يكن إجباريا في المغرب، ونسبة قليلة من عمال القطاع الخاص كانت تستفيد من هذا الامتياز، في إطار عقود التأمين الاختيارية. فمن بين أكثر من مئة ألف مؤسسة مسجلة لدى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، فإن 5000 منها فقط تستفيد من مثل تلك العقود التأمينية. مع الإشارة إلى أن غالبية العقود كان يحدد لها سقف سنوي من النفقات لكل منخرط، مع عدم التزامها بتغطية نفقات أمراضه السابقة، وكذلك تقاعده. ومنذ مارس 2006[(1)]، فإن أجراء القطاع الخاص، غير المؤمنين لدى شركات التأمين، استطاعوا الانخراط في منظومة التأمين الصحي الإجباري، واتباع أسلوب المرحلية في رفع مستويات التأمين، وتغطية تكاليف العلاج الطبي المقدم.

وقد تم توسيع نطاق الاستفادة من التغطية الصحية منذ جانفي 2007، ليشمل الحرفيين التجار، وأصحاب المهن الحرة (العمال غير الأجراء)، من خلال نظام عناية "INAYA". ومن المتوقع أن يغطي هذا النظام 500.000 شخص عند انطلاقه، وحوالي عشرة ملايين شخص على المدى المتوسط، وهو ما يمثل ثلث السكان المغاربة تقريبا.

---

(1) *Said Ahmidouch, Couverture sociale au Maroc, revue des ingénieurs, Paris- St Étienne- Nancy, dossier spécial Maroc, No 427, 59ème année, juillet/ aout 2007, p 23.*

وبالموازاة مع ذلك، فإن نظام المساعدة الطبية *(Régime d'assistance médicale : RAMED)* موجه لتغطية فئات السكان محدودة الدخل. وقد تقرر دخوله حيز التطبيق بداية من جانفي 2008، بعد استكمال الإجراءات التنظيمية اللازمة. هذا التوجه الجديد يستهدف تغطية حوالي 8,5 مليون شخص، منهم من يعانون فقرا نسبيا(4,5 مليون)، والباقي فقرا مطلقا (أي ما يعادل 4 مليون شخص)[1].

ويشكل تفعيل التغطية الصحية الأساسية مكونا أساسيا، لإصلاح المنظومة الصحية المغربية وللآليات المؤسساتية لتمويله. ويهدف نظام التغطية الجديد، المستحدث بموجب القانون الصادر بتاريخ 3 أكتوبر 2002[2]، إلى ضمان الوصول التدريجي، والعادل إلى الخدمات الاستشفائية لفائدة مجموع السكان. ولبلورة هذا الالتزام الذي يكرس مبدأ الحق في الصحة فإن هذا القانون يأتي تتويجا لجهود المغرب، الرامية إلى التوسيع التدريجي لمجال التغطية الصحية الأساسية، ليشمل جميع المواطنين بمختلف شرائحهم الاجتماعية. وذلك بسن إجبارية التغطية الصحية الأساسية قصد تحقيق استفادة الجميع من الخدمات الطبية مع حرص الدولة على التوازن المالي عبر تأطير منظومة التغطية بصفة فعالة ودائمة.

وبالنظر لأهمية التأمين الصحي، وتشعب أبعاده، فإن مسألة التغطية الصحية الأساسية شكلت بالمغرب، ولمدة طويلة، موضوع حوار ونقاش بين الفاعلين السياسيين، ومهنيي الصحة والمؤمنين الخواص. وشكل التأمين الإجباري عن المرض، الذي تم العمل به ابتداء من تاريخ 18 أوت 2005، نقطة تحول في منظومة العلاج المغربية، سعيا لتحسين مستويات التغطية الصحية. بحيث تقرر في المرحلة الأولى تعميم التأمين على المرض لكافة الأجراء والمتقاعدين في القطاعين، العام والخاص. ليشمل التأمين لاحقا الطلبة، والعمال المستقلين.

صدور القانون رقم 65.00 كتشريع يهدف إلى تحسين مستويات التمويل الصحي، من خلال تفعيل المكونين الأساسيين، وتحديد السكان الذين يشملهم نظام التأمين الإجباري، ونظام المساعدة الطبية. والعمل على التطبيق التدريجي للتغطية الصحية الأساسية من خلال جملة من الإجراءات المتمثلة أساسا فيما يلي:

---

(1) *Said Ahmidouch., op. cit, p23.*

(2) *Bulletin officiel, No 5058- 16 ramadan 1423 (21 /11 /2002). Dahir No 1-02-296 du 25 rejeb 1423 (3 octobre 2002) Portant promulgation de la loi No 65-00 portant code de la couverture médicale de base.*

- التأمين الإجباري الأساسي على المرض، يقوم على مبدأ المساهمة في تحمل المخاطر ويوجه لصالح العمال الأجراء، ومتقاعدي القطاع العام والخاص. والذي كلف بتسييره كل من الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي[1] *(CNOPS)* بالنسبة للقطاع العام، والصندوق الوطني للضمان الاجتماعي[2] *(CNSS)* بالنسبة للقطاع الخاص.

- المساعدة الطبية، والمبنية على مبدأ التضامن الوطني لفائدة السكان المعوزين، لتمكين ذوي الدخل الضعيف من الاستفادة من خدمات صحية أساسية بالمستشفيات العمومية. حيث سيتم القيام بتجارب نموذجية في بعض الجهات لتفعيل هذا النظام.

وقد واكب هذه الإصلاحات الجديدة، إنشاء الوكالة الوطنية للتأمين الصحي[3] *(ANAM)* في جوان 2005[4]، وهي مؤسسة عمومية تحت وصاية الدولة، وتتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلالية المالية. وتتمثل وظيفتها في السهر على السير الحسن لنظام التغطية الصحية الأساسية *(CMB)*، ووضع الآليات التنظيمية. كما أوكلت لهذه الهيئة مهمة التسيير المالي لنظام المساعدة الطبية.

وبالإضافة إلى نظام التأمين الصحي الإجباري، لأجراء ومتقاعدي القطاعين العام والخاص، وكذا نظام المساعدة الطبية، ونظام عناية لأصحاب المهن الحرة، والمستقلين، فقد تم إنشاء مجموعة من أنظمة التغطية الأساسية الخاصة ببعض الفئات وهي[5]:

- إنشاء نظام خاص بقدماء المقاومين وأعضاء جيش التحرير، حيث تقرر أن تنطلق عملية الاستفادة من هذا النظام قبل نهاية سنة 2007. ويهدف إلى تغطية هذه الفئة بما يفوق 31000 شخص.

- إنشاء نظام خاص بأئمة المساجد، حيث يستفيد منه حاليا أكثر من 41.000 إمام وكذا عائلاتهم.

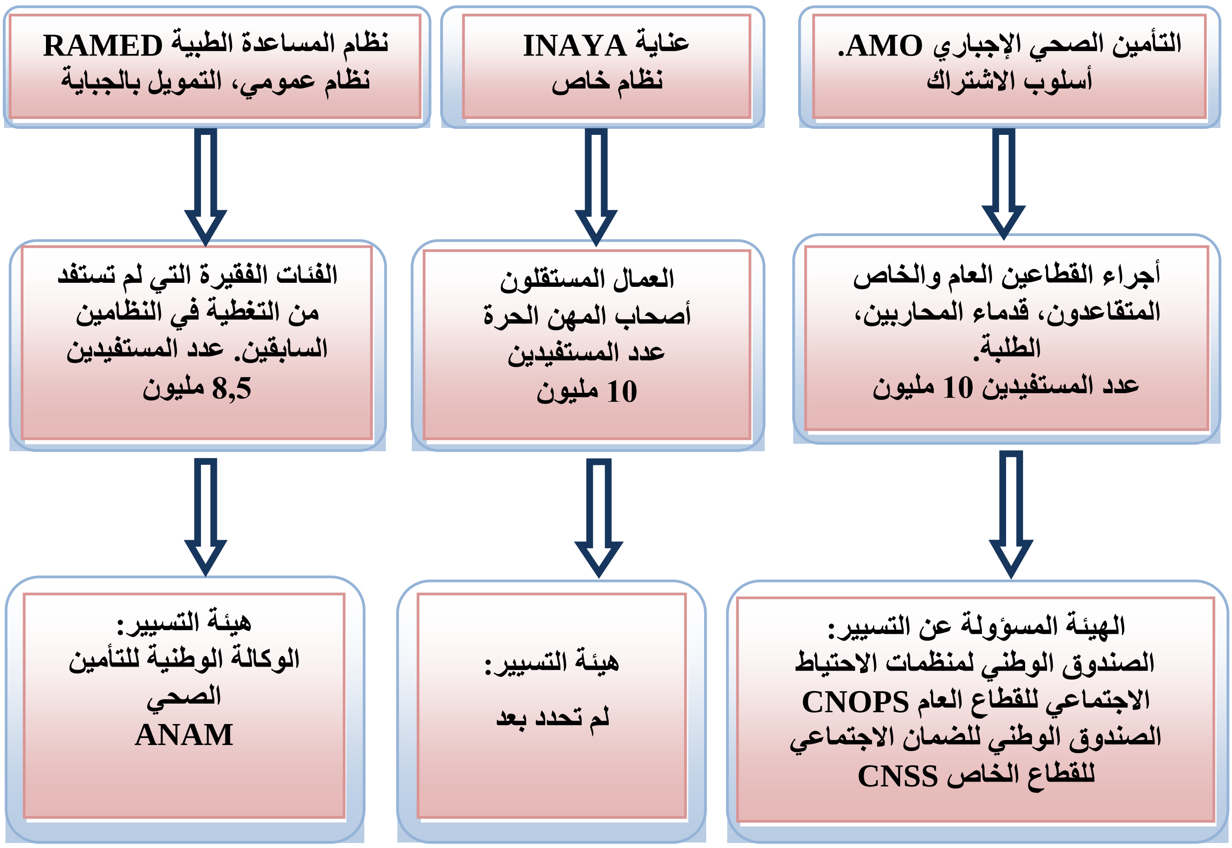
---

(1) ***CNOPS**: Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale.*
(2) ***CNSS**: Caisse Nationale de Sécurité Sociale.*
(3) ***ANAM** : Agence Nationale de l'Assurance Maladie*
(4) *Maroc, chiffres clés, santé et protection sociale, expertise internationale, www.gipspsi.org.*
(5) المملكة المغربية، وزارة المالية والخوصصة، مديرية الميزانية، مصلحة إصلاح الميزانية: برنامج الإصلاح الجذري للسلطات العمومية، مذكرة، ص 08.

- إنشاء نظام خاص بضحايا انتهاكات حقوق الإنسان، في إطار اتفاقية مع الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، حيث سيستفيد من هذا النظام أزيد من 45.000 شخص.
- إنشاء نظام خاص لفائدة أعوان السلطات المحلية (شيوخ ومقدمين قرويين)، حيث سيستفيد من هذا النظام أزيد من 18.000 شخص من هذه الفئات وكذا ذويهم.
- إضافة مستفيدين جدد، لنظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، الذي يسيره الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، وذلك بتغطية متقاعدي هذا القطاع الذين يتقاضون معاشا يفوق 500 درهم شهريا بدلا من 910 درهم.

وكحوصلة لما ذكرناه، يمكن إدراج الشكل الموالي، الذي يوضح الأنظمة الثلاثة المقترحة لتنظيم مسألة التأمين على المرض في المغرب، والفئات المستهدفة من في هذا المجال.

شكل رقم (70): الأنظمة الثلاثة المقترحة في إطار إصلاح منظومة التأمين على المرض في المغرب



المصدر:

A. Belghiti Alaoui, Système de santé Marocain; Réalité et perspectives, Syndicat National de la Santé Publique - FDT 6 ème Congres National, BOUZNIKA : 4, 5 et 6 Mai 2007.

تبين معطيات الشكل البياني أن الإصلاحات الجارية، تهدف إلى توسيع نسبة التغطية الصحية الأساسية، والارتقاء بها إلى حدود 70%، بعد تفعيل كل تلك الإجراءات المتخذة.
وانطلاقا من معطيات الشكل البياني السابق، نلاحظ أن التأمين الصحي في المغرب، يرتكز حول ثلاث أنظمة أساسية، والمتمثلة في التأمين الصحي الإجباري، نظام المساعدة الطبية ونظام التغطية الصحية لأصحاب المهن الحرة، المسمى "عناية". ونحاول فيما يلي التطرق إلى هذه الأنظمة المقترحة.

1- نظام التأمين الصحي الإجباري AMO:

لقد اختار المغرب تعميم التغطية الصحية القاعدية، بدءا بنظام التأمين الصحي الإجباري على المرض، لفائدة العمال الأجراء والمتقاعدين، التابعين للقطاعين العام والخاص. ويقوم بضمان هذه التغطية، كما قلنا، الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، بالنسبة للقطاع العام، والصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، بالنسبة للقطاع الخاص. وترتكز الجهود الحالية أساسا، على تدعيم الإمكانيات المتاحة لدى هاتين المؤسستين، لتسيير نظام التأمين الإجباري على المرض، وتأهيلهما من الناحية القانونية التقنية، والتنظيمية.

أ- نظام التأمين الإجباري المسير من قبل الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي:

مع تطبيق القانون 65.00، المتعلق بمدونة التغطية الصحية الأساسية، يقوم الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، بتسيير التأمين الإجباري على المرض، لصالح عمال ومتقاعدي القطاع العام. فالانتقال من نظام اختياري إلى نظام إجباري للتأمين، يسمح لجميع الموظفين التابعين للدولة، الجماعات المحلية، والمؤسسات العمومية، وكذا المتقاعدين بالاستفادة من تغطية صحية أساسية، إضافة إلى أفراد عائلاتهم. ومنذ تطبيق هذا النظام، فقد استقبل الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي 249.000 مؤمن جديد، بين عمال نشطين ومتقاعدين. قد ارتفع عدد المستفيدين الجدد إلى حوالي 700.000 شخص، إذا ما أضفنا ذوي الحقوق الذين قدر عددهم بـــ 451.000 مستفيد. وهو ما رفع عدد السكان المؤمنين لدى الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي إلى 3,2 مليون شخص.

جدول رقم (59): مستويات التأمين قبل، وبعد تفعيل نظام التأمين الإجباري في المغرب

	النظام الاختياري	المنخرطون في ت إ م	نظام التأمين الإجباري
العمال النشطون	773.753	139.000	912.753
المتقاعدون	148.359	110.000	258.359
عدد المؤمنين	922.112	249.000	1.171.112
ذوي الحقوق	1.577.888	451.000	2.028.888
عدد المستفيدين الإجمالي	2.500.000	700.000	3.200.000

المصدر: الموقع الالكتروني للصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي: www.cnops.org.ma

توضح معطيات الجدول السابق، تطور عدد المستفيدين الإجمالي بنسبة 28%، من خلال انضمام 139.000 عامل نشيط، و110.000 متقاعد. كما تطورت فئة ذوي الحقوق بنسبة 29% بعد استفادة 451.000 فرد جديد من نظام التأمين الإجباري على المرض.

- **نسبة الاشتراك:** في إطار التأمين الإجباري الأساسي على المرض، فقد حددت نسبة الاشتراك، الواجب أداؤها للصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، بـــ 5%، بالنسبة للعمال النشطين، توزع مناصفة بين المأجور، والهيئة المشغلة (الدولة، الجماعات المحلية والمؤسسات العمومية). مع اعتماد حد أدنى لا يقل عن 70 درهما في الشهر، وحد أقصى لا يتجاوز 400 درهم. أما بالنسبة لأصحاب المعاشات، فقد حددت النسبة بـــ 2,5%[1].
- **نسبة التغطية**[2]: لقد حددت نصوص القانون رقم 65.00 نسب التغطية المقترحة بالنسبة لكل مجموعة من الخدمات الصحية المقدمة، وهي كما يلي:

❖ نسبة التغطية تبلغ 100% بالنسبة للأمراض المزمنة، والمكلفة. بناءا على التعريفة المرجعية الوطنية[3](TNR).

❖ 100% بالنسبة للاستشفاء على مستوى المؤسسات الصحية العمومية، حسب التعريفة المرجعية الوطنية.

---

(1) الموقع الالكتروني للوكالة الوطنية للتأمين الصحي www.anam.ma:

(2) *Maroc, Ministère de la santé, Direction de la réglementation et du contentieux – BASE DE DONNEES, Décret N° 2-05-736 du 11 joumada II 1426 (18 juillet 2005) fixant les taux de couverture des prestations médicales à la charge de la Caisse nationale des organismes de prévoyance sociale au titre du régime de l'assurance maladie. obligatoire de base, p13 .*

(3) *TNR: Tarification Nationale de Référence.*

- ❖ حددت نسبة التغطية بنسبة 80% للعلاجات الخارجية.
- ❖ 90% من كلفة الاستشفاء على مستوى المؤسسات الصحية للقطاع الخاص. حسب التعريفة المرجعية الوطنية.
- ❖ تعويض الأدوية بنسبة 70% من سعر البيع العمومي، بالنسبة للأدوية القابلة للتعويض.
- ❖ 80% من التعريفة المرجعية الوطنية، بالنسبة لعلاجات الفم والسنان.
- ❖ المبالغ الجزافية المحددة في التعريفة المرجعية الوطنية، والمتعلقة بالنظارات الطبية.
- ❖ المبالغ الجزافية المحددة في التعريفة المرجعية الوطنية، والخاصة بتقويم أسنان الطفل.
- ❖ المبالغ الجزافية، المحددة في التعريفة المرجعية الوطنية، بالنسبة الأجهزة التعويضية والبدائل الطبية القابلة للتعويض:*Appareils de prothèse et d'orthèse médicales*
- ❖ لا يمكن أن يتجاوز الجزء الباقي على عاتق المؤمن نسبة 10% من التعريفة المرجعية الوطنية، فيما يخص الأمراض المذكورة. في حين أن العلاجات المكلفة، فإن الإعفاء منها يكون كليا.

ب- نظام التأمين الإجباري المسير من قبل الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي:(*CNSS*)

تطبيقا لأحكام مدونة التغطية الصحية الأساسية، فإن نظام التأمين الإجباري على المرض يشمل أجراء القطاع الخاص، الخاضعين لنظام الضمان الاجتماعي، والعاملين في قطاعات الصناعة، التجارة، الفلاحة، الخدمات، الصناعة التقليدية، الصيد البحري، وأفراد عائلاتهم. إضافة إلى أصحاب المعاشات، بشرط أن لا يقل معاشهم عن 70% من الحد الأدنى للأجر الشهري المعمول به. أما دون ذلك، فبإمكان هذه الفئة من السكان أن تستفيد من نظام المساعدة الطبية[1].

ولأول مرة في المملكة المغربية، يقوم الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي بالتغطية الصحية الأساسية، لعدد من السكان يقارب المليونين ونصف المليون فرد، مثلما توضحه معطيات الجدول الموالي.

---

(1) المملكة المغربية، الوزير الأول، ميثاق من أجل تفعيل مقتضيات مدونة التغطية الصحية الأساسية، جانفي 2005، ص5

جدول رقم (60): المؤمنون عن طريق الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في المغرب لسنة 2006

	العمال النشطين	أصحاب المعاشات	المجموع
المؤمنون	626.593	237.122	863.715
ذوو حقوقهم	985.948	441.375	1.427.323
إجمالي المستفيدين	1.612.541	678.497	2.290.038

المصدر: *Fatiha KHERBACH, L. Asma EL ALAMI EL FELLOUSSE, Etude sur le financement des soins de santé au Maroc, Rapport final, OMS, Novembre 2007, op.cit, p 62.*

- **نسبة الاشتراك:**

بالنسبة لأجراء القطاع الخاص، فقد تم تحديد نسبة 4%، موزعة مناصفة بين الأجير والمشغل. مع إضافة مساهمة تكميلية بنسبة 1%، تسددها جميع المؤسسات الخاضعة لنظام الضمان الاجتماعي، وخصمها من نسبة الاشتراك المخصصة للتعويضات العائلية، والتي ستنخفض تبعا لذلك من 7,5 إلى 6,5%. أما بالنسبة لأصحاب المعاشات، فقد حددت نسبة الاشتراك بـــ 4%، من مجموع المعاشات المدفوعة، بشرط أن يساوي هذا المبلغ أو يزيد عن 910 درهما في الشهر، بالنسبة للقطاع الفلاحي، ومبلغ يساوي أو يفوق 1289 درهما في الشهر بالنسبة لباقي القطاعات[1].

- **سلة العلاجات المقترحة:**
  - الأمراض المزمنة، والعالية الكلفة.
  - الاستشفاء
  - تتبع صحة الأم، أثناء، وبعد مرحلة الحمل والولادة.
  - الاحتياجات الصحية للطفل، حتى بلوغه سن الثانية عشرة.
  - العلاجات الخارجية المرتبطة بالخدمات السالفة الذكر.
- **نسبة التغطية:**

لقد حددت نسبة تغطية الخدمات، التي يقدمها الصندوق الوطني للضمان الاجتماعـــي بـــ 70% من التعريفة المرجعية الوطنية. وترفع هذه النسبة إلى 90% بالنسبة للخدمات

[1] *Maroc, Ministère de la santé, Direction de la réglementation et du contentieux – BASE DE DONNEES, Décret n° 2-05-734 du 11 joumada II 1426 (18 juille t 2005) fixant le taux de cotisation due à la Caisse nationale de sécurité sociale au titre du régime del'assurance maladie obligatoire de base, p9.*

المتعلقة بالأمراض المزمنة، والمكلفة، عندما تقدم هذه الخدمات بالمستشفيات العمومية والمصالح الصحية التابعة للدولة.

إن وعي الحكومة المغربية بضرورة توسيع نطاق الاستفادة من منظومة التغطية الصحية والضمان الاجتماعي، وانعكاساته الايجابية على الحالة الصحية للسكان، يبرز من خلال سعيها لخلق أنظمة جديدة، كنظام المساعدة الطبية لفائدة المعوزين وذوي الدخل المحدود، ثم نظام التغطية الصحية لفائدة التجار، المهنيين، والحرفيين، والمعروف بنظام "عناية" واستكمال إجراءات بعث نظام الحماية الاجتماعية لفائدة الطلبة.

2- نظام المساعدة الطبية (*RAMED*):

يشكل نظام المساعدة الطبية، المكون الثاني من مشروع التغطية الصحية الأساسية التي أقرها القانون 65.00، والرامي إلى توفير التأمين الصحي لفائدة المواطنين ذوي الدخل المحدود. ويتوقع أن يصل عدد المستفيدين من "نظام المساعدة الطبية"، إلى 8.5 مليون فرد في سنة 2009. ويخضع هذا النظام الجديد لعملية تجريب في منطقة نموذجية، قبل تعميمه على باقي مناطق البلاد، نظرا للصعوبات التي تطرحها مشكلة الإحصائيات، في ظل غياب خريطة مدققة، ونظام معلوماتي شامل للمعطيات حول مختلف الفئات الاجتماعية، وكذا أوضاع المستفيدين من نظام المساعدة الطبية.

وفي الوقت الذي يرتكز نظام التأمين الصحي الإجباري على مبدأ المساهمة والتضامن بالنسبة إلى المنخرطين في الصناديق الاجتماعية، وتعاضديات التأمين(التأمين التعاوني *Les Mutuelles*) فإن تمويل نظام المساعدة الطبية، يعتمد بالأساس على الدولة، والجماعات المحلية. ويستهدف الأشخاص الذين لا يتوفرون على دخل، أو يعانون من الفقر.

يقوم نظام المساعدة الطبية بتسليم الأشخاص المعنيين بطاقات خاصة، تخول لهم الاستفادة من الخدمات التي تضمنها المنشآت العمومية. حيث يتم توزيع المستفيدين إلى فئتين أساسيتين بحسب وضعياتهم المعيشية: فئة تعاني من فقر مدقع، وأخرى تشكو من فقر نسبي. وحددت مدة صلاحية البطاقة الممنوحة، بسنتين، بالنسبة للفئة الأولى، وبسنة واحدة للفئة الثانية. وفي انتظار تفعيل هذا النظام، سيتم اعتماد برنامج استعجالي لضمان المجانية الفعلية بالمؤسسات الاستشفائية العمومية ابتدءا من سنة 2005، بالنسبة لهذه الفئات التي تجد نفسها خارج مجال التأمين الصحي الإجباري، بسبب محدودية الموارد.

أ. الفئات المستهدفة بنظام المساعدة الطبية:

ويستفيد من خدمات هذا النظام الجديد الفئات التي وردت في القانون 65.00[1]

- الأشخاص غير الخاضعين لأي نظام للتأمين الإجباري الأساسي على المرض. وذوو الدخل المحدود.
- الأزواج.
- الأولاد تحت الكفالة، الذين لا يتجاوز عمرهم 21 سنة، وغير مستفيدين من أي تامين إجباري. وقد يمدد هذا السن إلى 26 سنة، في حالة متابعة الدراسة.
- الأطفال الذين يعيشون مع أشخاص مستفيدين، والذين يوجدون تحت كفالتهم الفعلية.
- المتواجدون بالمؤسسات الخيرية، دور الأيتام، مؤسسات إعادة التربية، والأشخاص الذين لا يتوفرون على سكن قار.
- كما يستفيد من نظام المساعدة الطبية الأشخاص المستفيدون من مجانية العلاج، عملا بتشريع خاص، من أجل التكفل بمصاريف مرض، أو عدة أمراض.

وتتم الاستفادة من نظام المساعدة الطبية، من خلال طلب يتقدم به الشخص المعني. وبناء على الوضعية الاجتماعية، يتم إعفاء المستفيد كليا، أو جزئيا من مصاريف العلاج المقترح. وتحدد المساهمة السنوية للمستفيدين، وإجراءات التطبيق بموجب مرسوم.

- **سلة الخدمات المقترحة:**

يحدد القانون 65.00[2]، المشار إليه آنفا إلى سلة الخدمات، التي من المتوقع أن يغطيها نظام المساعدة الطبية، أهمها:

- العلاجات الوقائية.
- أعمال الطب العام، والتخصصات الطبية والجراحية.
- العلاجات المتعلقة بالاستشفاء.
- تتبع صحة الأم، أثناء، وبعد مرحلة الحمل والولادة.
- الأدوية، والمواد الصيدلانية المقدمة في العلاج.

---

(1) *Bulletin officiel, No 5058- 16 ramadan 1423 (21 /11 /2002). Dahir No 1-02-296 du 25 rejeb 1423 (3 octobre 2002), les articles 116.117.118.119. op.cit.p19, 20.*

(2) للوقوف أكثر على سلة الخدمات المقترحة، وإجراءات تحملها، في إطار نظام المساعدة الطبية، أنظر:
Bulletin officiel, No 5058- 16 ramadan 1423 (21 /11 /2002). Dahir No 1-02-296 du 25 rejeb 1423 (3 octobre 2002), op.cit, les articles 121.122.123.124.

- النظارات الطبية، وعلاجات الفم والأسنان...

وتجدر الإشارة إلى أن التغطية المضمونة، في إطار نظام المساعدة الطبية، لا تشمل عمليات الجراحة التقويمية، والتجميلية"*La chirurgie plastique et esthétique*". ولا يتم تحمل تكاليف العلاج أيضا، إلا إذا تمت على مستوى المستشفيات العمومية، والمصالح الصحية التابعة للدولة. ولا يتم تحمل مصاريف الخدمات الصحية أيضا، إلا إذا كانت مقدمة داخل المملكة المغربية.

- **تمويل نظام المساعدة الطبية:**

تشير المادة 125 من القانون 65.00، أن تمويل نظام المساعدة الطبية تضمنه أساسا ميزانية الدولة، والجماعات المحلية. إلى جانب ذلك هناك مصادر أخرى للتمويل، تشمل مساهمات المستفيدين، العائدات المالية، الهبات والوصايا، وجميع الموارد الموجهة لهذا النظام، من خلال نصوص تشريعية، وتنظيمية خاصة.

مساهمة المستفيدين من هذا النظام، تتمثل في مساهمة جزافية، يتم تسديدها من قبل الفئة التي تعاني من فقر نسبي. أما فئة السكان الأكثر فقرا، فتتكفل الجماعات المحلية بتسديد مساهمتها[(1)]

3- نظام التأمين الإجباري لأصحاب المهن الحرة: عناية *INAYA*

هذا النوع من التأمين الإجباري، الذي سمي"عناية"، موجه للعمال المستقلين، الذين يزاولون نشطات لحسابهم الخاص، الأشخاص الممارسون لمهن حرة، وكذا فئة الحرفيون إضافة إلى أفراد عائلاتهم. ومن المقرر أن يستهدف هذا النظام الجديد عدد سكان في حدود عشرة (10) ملايين.

ومن أجل توسيع مجال التغطية، تم إنشاء قانون ملزم بضرورة الحصول على تأمين صحي لهذه الفئات المستهدفة. مع استثناء الفئة التي يكون دخلها لا يتجاوز السقف المحدد. وهو السقف الذي يسمح بالانضمام إلى نظام المساعدة الطبية *RAMED*.

(1) *Fatiha KHERBACH, L. Asma EL ALAMI EL FELLOUSSE, Etude sur le financement des soins de santé au Maroc, Rapport final, OMS, Novembre 2007, op.cit, p 84.*

إلى جانب إلزامية الحصول على التأمين الصحي على مستوى شركات التأمين، أو في إطار تعاضديات التأمين (*Mutuelles*)، فإن القانون رقم 07-03 قد حدد سلة العلاج التي يجب أن تحتويها أي تغطية صحية على الأقل، وهي[1]:

- العلاج الاستشفائي، والتدخلات الجراحية.
- العلاجات المتعلقة بمتابعة الأمراض الخطيرة، والمزمنة، التي تتطلب علاجا طويلا.
- العلاجات المرتبطة بمتابعة صحة الأم، أثناء مراحل الحمل.

وقد تقرر دخول هذا القانون حيز التطبيق، بداية من سنة 2008، بعد استكمال الإجراءات المتعلقة بتحديد الآليات التنظيمية،طرق الرقابة، وتحديد الهيئة المكلفة بتسيير هذا النظام.

أ. التغطية الاختيارية:

خلال الفترة الانتقالية المحددة بخمس سنوات قابلة للتجديد، والتي أقرها القانون 65.00 في المادة 114[2]، فإن الهيئات العامة والخاصة، التي تضمن لمستخدميها تغطية صحية اختيارية بواسطة عقود جماعية لدى شركات التأمين، أو لدى التعاضديات، أو في إطار صناديق داخلية. يجوز لها طوال الفترة الانتقالية، أن تستمر في ضمان التغطية المذكورة بشرط إثبات ذلك لدى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، والصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي. ويتوجب في هذه الحالة أن تشمل التغطية جميع الأجراء، بما في ذلك الأجراء الجدد الذين تم تعيينهم خلال الفترة الانتقالية. وعند الاقتضاء، أصحاب المعاشات المتمتعين بهذه التغطية من قبل.

وعند انقضاء الفترة الانتقالية المشار إليها، يتوجب على جميع تلك المؤسسات الانخراط في نظام التأمين الإجباري الأساسي على المرض، الذي يسيره الصندوقان السالفا الذكر. وفي جميع الحالات يحتفظ المستفيدون بالحقوق المكتسبة من هذه الأنظمة، سواء بالنسبة للجهة المتحملة للاشتراكات، أو فيما يخص نسبة التغطية لفائدتهم.

---

(1) *Fatiha KHERBACH, L. Asma EL ALAMI EL FELLOUSSE,op. cit, p 87.*

(2) *Bulletin officiel, No 5058- 16 ramadan 1423 (21 /11 /2002). Dahir No 1-02-296 du 25 rejeb 1423 (3 octobre 2002), op.cit, l'article 114 .*

وخلال الفترة الانتقالية، يواصل المنخرطون الاستفادة من التغطية الأساسية التي تقدمها كل من المؤسسات التعاضدية، وشركات التأمين الخاصة. بالإضافة إلى ما يعرف بالتغطية التكميلية[1].

هذه التغطية الأساسية تضمنها المؤسسات التعاضدية، المتواجدة إلى جانب تلك المسيرة من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، وكذا الصناديق الداخلية المتواجدة على مستوى المؤسسات العمومية. وبالنسبة لمستويات التغطية (التعويضات) وحصص الاشتراك، فيتم تحديدها وفق قوانين، وتنظيمات داخلية، خاصة بتلك المؤسسات التأمينية. وهي على الأقل مشابهة لتلك المقرر تطبيقها في إطار نظام التأمين الإجباري الأساسي على المرض(*AMO*).

التغطية الأساسية تضمنها أيضا شركات التأمين الخاصة، في إطار عقود جماعية لتغطية تكاليف المرض، والموقعة من قبل المُشَغِّل(المؤسسات)، قبل دخول نظام التأمين الإجباري على المرض حيز التطبيق. أما مستويات التغطية، والاشتراكات، فتختلف بحسب الاحتياجات التي يطلبها المُؤَمَّن.

وتقوم التغطية الأساسية على تعويض تكاليف الخدمات الصحية التي تتضمنها سلة العلاج المقترحة، مع قيام المُؤَمَّن بتحمل الجزء الباقي من التكاليف غير المعوضة. وقد يتم اللجوء إلى التغطية التكميلية التي تقدمها أيضا كل من تعاضديات التأمين، وشركات التأمين، من أجل تغطية الجزء غير المعني بالتعويض.

ورغم تعدد الهيئات والتنظيمات الفاعلة في مجال التغطية الطبية(تعاضديات التأمين شركات التأمين الخاصة..)، فإن التأمين على المرض لا يستفيد منه سوى حوالي 9,3 مليون شخص في المغرب، أي 31% من إجمالي السكان. ضف إلى ذلك أن 80% من المؤمنين يمثلون عمال الدولة، وذوي حقوقهم[2]. ويتوقع من خلال استمرار الجهود الرامية إلى تحسين مستويات التغطية، إلى انخفاض مستويات الدفع المباشر للأسر إلى أقل من 40% شريطة ارتفاع المصادر الضريبية، والتمويل العمومي للصحة[3].

---

(1) *Fatiha KHERBACH, L. Asma EL ALAMI EL FELLOUSSE, op.cit, p 63- 64.*
(2) *Ministère de la santé Maroc, santé – vision 2020, année 2007, op.cit, p 27.*
(3) *Wadjih Maazouzi et autres, Système de santé et qualité de vie, op.cit, p 34.*

غير أن تعدد هيئات التأمين، وتشعبها، تخلق عدة تناقضات، نذكر منها[1]:

- التفاوت في معدلات الاشتراك، سقف العلاج المقدم، سلة العلاج المقترحة، مستويات التعويض، المنشآت الصحية التي تقدم العلاج..). هذه الوضعية قد تحد من إمكانية ترشيد، وعقلنة تسيير الموارد. إضافة إلى تكريس أكثر لعدم المساواة، التي لاحظناها في مجال نوعية الخدمات الصحية المقدمة.
- الاختلافات المذكورة، لا تسمح بإجراء تحويلات بين الصناديق، ومن ثم عدم وجود إمكانية تقاسم الأعباء بين فئات المجتمع ذات مستويات اقتصادية، واجتماعية مختلفة.
- عدم المساواة هذه قد تتكرس أيضا، بحكم أن الأفراد القادرين على الدفع، يشتركون بصورة محدودة في مجال التأمين الصحي الإجباري. بمعنى أنهم يفضلون الانضمام والاستفادة من نظام تأميني خاص.

هذه الملاحظات السابقة الذكر، تطرح التساؤل حول مبدأ التكافل الاجتماعي، الذي تسعى إلى تجسيده منظومة التأمين بشكل عام.

وإجمالا يمكن القول أن استكمال الإصلاحات الجارية في مجال التأمين الصحي ستسمح لفئات كبيرة من السكان من الحصول على العلاج، بشروط مالية مناسبة(بالإمكان تحملها) وضمان موارد مالية معتبرة ومستمرة، لمنتجي، ومقدمي العلاج. ويتأتى ذلك من خلال تطوير آليات التمويل الجماعي للمنظومة الصحية، تجسيدا لمبدأ التكافل الاجتماعي في تحمل أعباء المرض بين مختلف فئات المجتمع.

4-3-3 مصادر تمويل المنظومة الصحية في الجزائر:

كما سبقت الإشارة إليه، فقد انتقلت حصة النفقات الوطنية للصحة، من الناتج الداخلي الخام في الجزائر، من 6% في سنوات الثمانينيات، إلى حدود 4,6% في سنة 1993. مع الإشارة إلى عدم تجاوزها حدود 4% من الناتج الداخلي الخام، في السنوات الأخيرة، لتستقر في حدود 3,5% في سنة 2005. وهي نسبة ضعيفة إذا ما قورنت مع مخصصات الدول المجاورة، أو نفقات الصحة في البلدان المتطورة. ويبقى الدعم الدولي للجزائر في المجال الصحي ضعيفا (على سبيل المثال 2,7 مليون دولار في سنة 2001)، وهو مخصص لتدعيم

---

(1) *Ministère de la santé Maroc , santé – vision 2020, année 2007, op.cit, p 27.*

بعض البرامج الوطنية (مكافحة السيدا..). هذا الدعم يأتي بالخصوص من المنظمة العالمية للصحة منظمة اليونيسيف، وصندوق الأمم المتحدة للسكان[1].

ونتيجة لتواضع نفقات الصحة، فإن نصيب الفرد في الجزائر، من الناتج الداخلي الخام هو أقل مما تنفقه البلدان الأوربية، وأمريكا الشمالية في المجال الصحي فقط[2]. إضافة إلى أن توصيات المنظمة العالمية للصحة، تقترح ضرورة تخصيص 5% على الأقل من الناتج الداخلي الخام للمجال الصحي. مصادر تمويل النفقات الصحية في الجزائر، تضمنها ثلاث مصادر أساسية، متمثلة في مساهمة الدولة، الضمان الاجتماعي، والأسر. ويمكن توضيح نسب المساهمة لهذه الجهات الثلاثة، من خلال الجدول الموالي.

جدول رقم(61): مصادر تمويل النفقات الصحية في الجزائر

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
نسبة النفقات العمومية للصحة	74,1	70,5	73,8	71,9	73,3	77,4	75,3	77,4	72,5	74,8
نسبة نفقات الضمان الاجتماعي من النفقات العمومية للصحة	48,1	46,2	53,8	40,8	35,5	33,3	35,7	34,9	33,2	31,6
نسبة النفقات الخاصة	25,9	29,5	26,2	28,1	26,7	22,6	24,7	22,6	27,5	25,2
النفقات الصحية للفرد بالدولار الأمريكي[3]	53	58	66	61	63	68	64	75	94	105

المصدر: *Brahmia Brahim, le système de santé algérien dans la transition, op.cit, p 12.*

إن تمويل المنظومة الصحية الجزائرية، تعرف في السنوات الأخيرة محدودية واضحة في تسخير موارد مالية إضافية، لضمان التكفل الجيد بالطلب المتزايد، والناتج أساسا عن التحولات الديموغرافية والمرضية التي تعرفها بلادنا. كما تعرف احتياجات السكان نموا وتنوعا بالنظر لتطور مستويات المعيشة، التطور التكنولوجي في المجال الطبي، وتدفق المعلومات. كل ذلك جعل الأفراد أكثر إلحاحا في طلب العلاج، مع تحسين نوعيته.

---

(1) *La Banque Mondiale, République Algérienne Démocratique et Populaire, à la recherche d'un investissement publique de qualité, op .cit, p 177.*

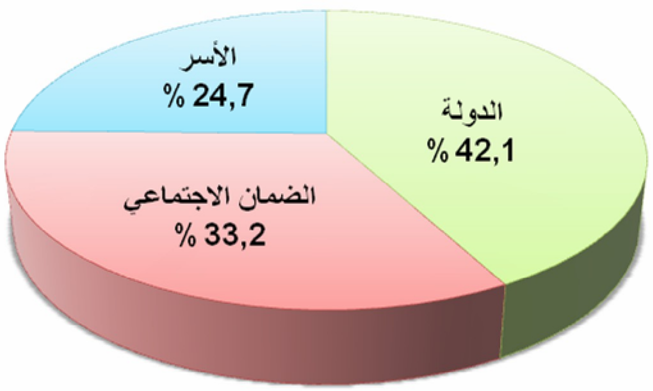
(2) *République Algérienne démocratique et Populaire, Ministère de la santé, de la population et de la reforme hospitalière, La SANTE DES ALGERIENNES ET DES ALGERIENS, op.cit, p 98.*

(3) بالنسبة للنفقات الصحية للفرد، فقد أشرنا سابقا إلى أن حجم هذه النفقات بالدولار الأمريكي، معادل القوة الشرائية (PPA) قد قدرت في الجزائر، سنة 2005، بقيمة 175 دولارا أمريكيا.

وتبين معطيات الجدول أعلاه، الوزن الكبير للنفقات العمومية، والتي بلغت ثلاثة أرباع نفقات الصحة في الجزائر في سنة 2005، بنسبة بلغت حدود 75,3%. وهي أعلى مما سجل لدى كل من تونس، والمغرب، حيث بلغت هذه النسبة 44,3%، 36,6% على التوالي في نفس السنة. ورغم أن النفقات الصحية التي تتحملها الأسر الجزائرية، هي أقل مما هو مسجل في تونس، والمغرب، فهي تعتبر كبيرة ببلوغها 25,2% سنة 2005. وقد سجلت هذه الأخيرة مستوى قياسي في فترة الأزمة الاقتصادية، والصعوبات المالية، التي عرفتها الجزائر في التسعينيات. بحيث وصلت إلى حدود 28,1% من إجمالي النفقات الصحية في سنة 1999. ضعف مستوى النفقات الصحية، تتجلى من خلال تواضع النفقات الصحية للفرد، التي لم تتعدى 175 دولارا أمريكيا، معادل القوة الشرائية.

وقد بلغت مساهمة الأسر، في النفقات الوطنية للصحة 24,7% في سنة 2006، مقابل 33,2% كمساهمة للضمان الاجتماعي، في حين بلغت حصة الدولة 42,1% في نفس السنة مثلما يوضحه الشكل الموالي.

شكل رقم (71): مصادر تمويل الصحة في الجزائر في سنة 2006



المصدر:

Brahmia Brahim, Quelle alternative de financement de l'assurance maladie dans la transition sanitaire en Algérie, communication présentée au cours du séminaire pour le financement de l'assurance maladie, ministère du travail, de l'emploi et de la sécurité sociale, Alger,2008.

وقد حاول المشرع الجزائري، منذ سنة 1993، إعادة تحديد دور الدولة، وطبيعة العلاقات التي تربط المنظومة الصحية، ونظام الضمان الاجتماعي، فيما يتعلق بتمويل المنشآت الصحية العمومية. ومنذ ذلك التاريخ، فإن قانون المالية لكل سنة، ينص صراحة

على أن تقوم الدولة بتمويل نفقات الوقاية، التكوين، الأبحاث الطبية، العلاجات الموجهة للفئات الفقيرة غير المؤمنة اجتماعيا. في حين تتولى مؤسسات الضمان الاجتماعي، تغطية التكاليف الطبية للمؤمنين اجتماعيا، وذوي حقوقهم. كما أن النفقات المتعلقة بالفئات الفقيرة تكون ممولة عن طريق الاعتمادات المسجلة في ميزانية وزارة العمل والتضامن الوطني. هذه الأخيرة تستعمل كل سنة تلك الاعتمادات لإيداع مخصصات لوزارة الصحة، تمثل تكاليف العلاج المقدم لتلك الفئات من السكان.

إن الجهود المبذولة، والرامية لتطبيق الصيغ التعاقدية، تصطدم بجملة من العراقيل التي تحول دون تجسيدها على أرض الواقع. وتكمن أساسا في صعوبة التحديد الدقيق لفئة الفقراء والمؤمنين الاجتماعيين. وحتى وإن تم تجاوز هذه النقطة، فلا بد من تسليم بطاقات مختلفة للأشخاص، بحسب الفئة التي ينتمون إليها، من أجل متابعة التكاليف لكل مريض في وحدات العلاج العمومية. وتحديد طريقة للتسعير، تسمح بمعرفة الأعباء التي تتحملها الجهات الممولة[1].

ولا تزال هذه النقطة محل نقاش، ومشاورات بين الوزارتين الوصيتين. فوزارة الصحة تريد اعتماد معيار التكلفة اليومية المتوسطة[2]، في حين تفضل وزارة العمل والضمان الاجتماعي نظام التسعيرة، حسب المرض[3]. وبعبارة أخرى، فإن وزارة الصحة تحاول تفادي أي طريقة معقدة، لا تستطيع المستشفيات تطبيقها، بسبب ضعف الوسائل التقنية (نظام المعلومات)، والبشرية. أما وزارة العمل والضمان الاجتماعي، فهي ترغب في تبني طريقة تمكنها من تفادي تحمل التكاليف المرتبطة بعدم فعالية بعض الوحدات الصحية[4]. وإيجاد معايير تستعمل كقاعدة لصياغة التكاليف. ومهما تكن الطريقة التي سيتم العمل بها، فإن الصيغة التعاقدية ستمثل نقلة نوعية في تسيير المنظومة الصحية الجزائرية، التي تبقى تشكو من ضعف كبير في تقييم التكاليف.

---

(1) *La Banque Mondiale, République Algérienne Démocratique et Populaire, à la recherche d'un investissement publique de qualité, op .cit, p 174.*

(2) *Couts moyens de journée.*

(3) *Tarification à la pathologie.*

(4) *La Banque Mondiale, République Algérienne Démocratique et Populaire, à la recherche d'un investissement publique de qualité, op .cit, p 174.*

إن المعطيات الإحصائية السابقة، توضح الدور الكبير الذي يلعبه الضمان الاجتماعي في منظومة العلاج الجزائرية. فالضمان الاجتماعي تسيره ثلاثة صناديق أساسية هي:

- الصندوق الوطني للتأمين الاجتماعي، للعمال الأجراء *CNAS*
- الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، لغير الأجراء *CASNOS*
- الصندوق الوطني للتقاعد *CNR*

بالإضافة إلى الصندوق الوطني للتأمين على البطالة (*CNAC*)، والصندوق الوطني للعطل والبطالة ورداءة الأحوال الجوية للبناء، الأشغال العمومية والمياه[1].

وهذه الصناديق، هي تحت وصاية وزارة العمل والضمان الاجتماعي. والتأمين على المرض هو أحد فروع التأمينات الاجتماعية، التي تضم أيضا إجازة الولادة، العجز والوفاة، التقاعد حوادث العمل، والأمراض المهنية، التأمين على البطالة، والتقاعد المسبق.

جدول رقم(62): التوازنات المالية لنظام الضمان الاجتماعي في الجزائر(مليون دج)

		2001	2002	2003	2004	2005	2006
الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي	الإيرادات	79610	104771	115231	137144	169703	162429
	النفقات	76950	98719	106331	128659	159711	160858
	الرصيد	2660+	6052+	8900+	8485+	9992+	1571 +
الصندوق الوطني للمتقاعدين	الإيرادات	135140	141300	148710	183460	190110	202970
	النفقات	127920	143070	145440	172300	187230	210700
	الرصيد	7220+	**1770−**	3270+	11160+	2880+	**7730−**
الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الأجراء	الإيرادات	9110	13321	24906	25882	18188	20378
	النفقات	12640	15491	18261	20773	22259	22816
	الرصيد	**3530−**	**2170−**	6645+	5109+	**4071−**	**2438−**

المصدر: *ONS, L'Algérie en quelques chiffres, No 37, résultats 2004-2006, édition 2008, op.cit, p 16.*

[1] *ONS, L'Algérie en quelques chiffres, No 37, résultats 2004-2006, édition 2008, op.cit, p 16*

والفئات التي تستفيد من مزايا التأمين على المرض هي: العمال الأجراء، العمال المستقلون، العمال السابقون الذين يستفيدون من الضمان الاجتماعي، إضافة إلى الفئات الخاصة، التي تشمل الطلبة، المعوقين، الفقراء المستفيدون من المساعدة الاجتماعية للدولة..ويغطي التأمين على المرض 28 مليون شخص (المؤمنون وذوي حقوقهم)، أي ما يعادل 87% من إجمالي السكان[1].

وتعرف صناديق التأمين على المرض (الصندوق الوطني للتأمين الاجتماعي للعمال الأجراء، والصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، لغير الأجراء) صعوبات مالية، جراء النمو المستمر للنفقات الصحية، في ظل الوضع الاقتصادي الذي يتميز بمعدل بطالة مرتفع، وصل إلى حدود 13,8% في سنة 2007. إضافة إلى ضعف مستويات التصريح بالعمال، على مستوى مؤسسات القطاع الخاص، وتزايد نشاط الاقتصاد غير المنظم. كل ذلك له تأثير سلبي على تمويل منظومة العلاج في الجزائر، في ظل تراجع مستوى الاشتراكات الاجتماعية، ومعها انخفاض في العائدات، مقابل الارتفاع في حجم النفقات.

ففيما يتعلق بتعويض الأدوية، فقد بلغت في سنة 2007 نسبة 45,7% من إجمالي النفقات الصحية للضمان الاجتماعي، بعد أن كانت تقدر بنسبة 33% في سنة 2000. أما الاستهلاك السنوي لكل مستفيد، من نظام التأمين على المرض، فقد تضاعف 3 مرات خلال 07 سنوات لينتقل من حيث القيمة من 1036 دينار جزائري، إلى 3243 دينار جزائري في سنة 2007. ويمكن توضيح ذلك من خلال معطيات الجدول الموالي.

جدول رقم (63): نفقات الأدوية للضمان الاجتماعي في الجزائر.

	2000	2007
إجمالي النفقات الصحية للضمان الاجتماعي (مليار دينار جزائري)	20,79	64,56
نسبة نفقات الأدوية إجمالي النفقات الصحية للضمان الاجتماعي	% 33	% 45,68
النفقات السنوية لكل مستفيد بالدينار الجزائري	1036	3243

المصدر:

Brahmia Brahim, Quelle alternative de financement de l'assurance maladie dans la transition sanitaire en Algérie, op. cit.

[1] *Algérie, chiffres clés, santé et protection sociale, expertise internationale, www.gipspsi.org*

هذه الوضعية، جعلت الجزائر تتبنى جملة من الإجراءات الهادفة إلى تخفيض فاتورة الدواء من خلال منع استيراد الأدوية المنتجة محليا، وتشجيع وصف، واستهلاك الأدوية الجنيسة[1] التي تشكل نسبة بسيطة من إجمالي الأدوية المدونة في الوصفات الطبية، وتفعيل دور الأطباء والصيادلة في هذا المجال الكفيل بتخفيض فاتورة الاستيراد.

وقد عرفت النفقات الصحية لنظام الضمان الاجتماعي، نموا متسارعا في السنوات الأخيرة هذه النفقات تأتي بالأساس من الصندوق الوطني للتأمين الاجتماعي للعمال الأجراء(CNAS) بواقع 96,5% من القيمة الإجمالية في سنة 2004، مقابل 3,5% للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الأجراء (CASNOS). وبالنظر للمؤشرات الحالية، فإن موارد الضمان الاجتماعي المخصصة للصحة لن تعرف على المدى المتوسط، نفس وتيرة النمو التي عرفتها في السنوات الأخيرة. وعليه فإن منظومة الضمان الاجتماعي في الجزائر مطالبة بمواجهة جملة من التحديات، تكمن أساسا فيما يلي[2]:

- التهرب من دفع الاشتراكات الاجتماعية، هي ظاهرة متكررة في الجزائر، بالرغم من غياب الدراسات الإحصائية التي تمكن من تقييم أثر عدم التصريح الكلي، أو الجزئي بعدد العمال. هذه الظاهرة تتعلق خاصة، بالصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الأجراء.

جدول رقم (64): تطور عدد المؤمنين الاجتماعيين لدى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الجراء في الجزائر

	2001	2004	2006
عدد المنخرطين النشطين	743.664	1.000.977	1.110.442
عدد المشتركين	343.500	302.024	286.678
عدد المتقاعدين	134.908	169.284	185.791

المصدر:

ONS, L'Algérie en quelques chiffres, No 37, résultats 2004-2006, édition 2008, op.cit, p 16

ضعف مستويات التصريح لدى المنخرطين يفسر عدم قدرة هذا الصندوق على الوفاء بالتزاماته في تمويل المستشفيات، نتيجة لضياع ملايير الدينارات من موارده المالية. كما أن

(1) *Les médicaments génériques.*

(2) *La Banque Mondiale, République Algérienne Démocratique et Populaire, à la recherche d'un investissement publique de qualité, op .cit, p 176.*

هذا التهرب من شأنه خلق مشاكل إضافية فيما يتعلق بمسألة الإنصاف. على اعتبار أن الذين لا يسددون اشتراكاتهم بشكل منتظم، يتلقون العلاج، على الأقل في الوحدات الصحية العمومية، مثل المشتركين، وفي نفس الظروف.

- إلى جانب مشكلة الاشتراكات، فإن ظاهرة البطالة، التي تطرقنا إليها، لها تأثير سلبي كبير على الموارد المالية لمؤسسات الضمان الاجتماعي.
- نظام المعاشات العمومي، يشكو دائما من عجز مالي، منذ بداية التسعينيات. والسبب يكمن في أن الاشتراكات المقدمة، لا تساير وتيرة الخدمات المقدمة، وفي ظل نسب الإعالة المرتفعة.
- إن نسبة الاشتراكات التي تمثل 34,5% هي معتبرة، ومن الصعب التفكير في زيادتها دون التأثير على مستويات التشغيل، ومستويات البطالة المرتفعة.

كما قد يكون لذلك آثار سلبية على القدرة التنافسية للجهاز الإنتاجي، للاقتصاد الجزائري، في ظل سياسة الانفتاح المنتهجة، وآفاق الانضمام لمنظمة التجارة العالمية.

إن إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر، أصبح أكثر من ضرورة في الوقت الراهن وذلك بالنظر لمجمل الاختلالات المسجلة في مجالات التسيير، وضعف التكامل بين القطاعين العام والخاص. وبالنظر للنشاط المتزايد لنشاط هذا الأخير برزت ضرورة تفعيل التسعيرة المتعلقة بالفحوصات الطبية التي لم يتم مراجعتها منذ سنة 1987، أفرزت تفاوتا كبيرا بين التسعيرات المطبقة في عمليات الفحص والتحاليل المخبرية، ومستويات التعويض المطبقة من قبل هيئات الضمان الاجتماعي التي لم تأخذ بعين الاعتبار التطورات الاقتصادية والاجتماعية التي تعرفها بلادنا. وتأتي مراجعة هذه التسعيرة في إطار السعي لتحسين مستويات الحصول على الخدمات الصحية بالنسبة للمؤمنين الاجتماعيين على مستوى المنشآت الصحية العمومية أو القطاع الخاص. هذا الأخير ورغم التطور السريع الذي يعرفه، تبقى المعلومات المتعلقة بمستوى نشاطه غير مكتملة لدى متخذي القرار على المستوى الوطني. فقد انتقل نشاطه من عيادات تقليدية إلى مراكز استشفائية متخصصة، مما يستوجب إدراجها في الخريطة الصحية الوطنية لإيجاد التكامل بين القطاعين، وضمان التوازن الجهوي في مستويات عرض العلاج.

وقد تم في المدة الأخيرة، تبني جملة من الإجراءات الهادفة لتحسين أداء منظومة العلاج الجزائرية، والسعي لتقريب المنشآت الصحية العمومية من السكان في إطار ما يعرف بالصحة الجوارية، وتسهيل حصول السكان على مختلف الخدمات العلاجية من المستوى الأول، وتخفيف الضغط الممارس عادة على المراكز الاستشفائية الجامعية.

وتبقى المسألة التمويلية تشكل محور الإصلاحات المعتمدة في الجزائر، والتي يجسدها مشروع الطبيب المعالج (*Médecin traitant*) من خلال الدور الذي سيلعبه هذا الأخير في عمليات توجيه المريض داخل المنظومة الصحية، والتسلسل في طلب العلاج. وقد اختيرت ولاية عنابة كولاية نموذجية فيما يتعلق باتفاقية التعاقد بين صناديق الضمان الاجتماعي والطبيب المعالج، قبل تعميمها على باقي ولايات الوطن. حيث سيتم تطبيق نظام الدفع من قبل الغير على فئة المتقاعدين في المرحلة الأولى، قبل تعميمه على باقي الفئات المؤمنة اجتماعيا. ويندرج هذا الإجراء في إطار الإستراتيجية العامة التي تنتهجها منظومة الضمان الاجتماعي لتأهيل أداء القطاع، بالتركيز على ثلاثة محاور أساسية تتعلق بتحسين نوعية الخدمات المقدمة، ترشيد نفقات الضمان الاجتماعي، وتنويع موارد تمويلها.

ومن أهم أدوات تطبيق هذا المشروع، نجد البطاقة الالكترونية "الشفاء". وجاء مشروع إدخال البطاقة الإلكترونية للضمان الاجتماعي استكمالا لمخطط عصرنة القطاع، وتخفيف إجراءات التعويض على مستوى مراكز الدفع للضمان الاجتماعي، وتوسيع نطاق العمل بنظام الدفع من قبل الغير. وستكون البطاقة الإلكترونية في المرحلة الأولى بطاقة عائلية، أي قابلة للاستخدام سواء من قبل المؤمن أو ذوي حقوقه، وتكون فردية بالنسبة للمصابين بالأمراض المزمنة.

وتعتبر المشاريع السالفة الذكر خطوة هامة تدخل في إطار السعي الجدي لعصرنة قطاع التأمين على المرض في الجزائر، وتعميم نظام الدفع من قبل الغير، وخلق شراكة حقيقية بين هيئات الصحة، الضمان الاجتماعي والمؤمنين اجتماعيا. ويبقى تجسيدها في أرض الواقع كفيل بالحكم على نجاعة كل الإجراءات التي اتخذتها الجزائر بهدف تحسين مستويات الأداء للمنظومة الصحية بشكل عام، وانعكاس ذلك على المؤشرات الصحية لمختلف الفئات الاجتماعية.

4-4 السياسة الصيدلانية في البلدان المغاربية:

يعتبر الإنتاج الصيدلاني من القطاعات الواعدة بالنسبة للدول النامية، شريطة تبني استراتيجية واضحة لمواجهة قوى السوق على المستوى العالمي. فالصناعة الصيدلانية تتميز بالتركز، مع سيطرة شبه كلية لعدد قليل من الشركات المتعددة الجنسيات، التي تراقب 70% من الإنتاج العالمي بصورة مباشرة أو عن طريق فروعها. وهي بذلك تعيق إلى حد كبير عمليات التحويل التكنولوجي في هذا المجال الحيوي. كما أن بعض البلدان النامية (الأرجنتين الهند، البرازيل، المكسيك، الأردن..) التي استطاعت بدرجات متفاوتة توطين وترقية صناعة صيدلانية محلية، فقد جسدت ذلك من خلال الشركات الصيدلانية العالمية. وهو ما يوضح أن بعث هذا القطاع الاستراتيجي وتوطينه محليا، لا بد وأن يتجسد في إطار تعاوني، وشراكة حقيقية من أجل اكتساب الخبرات، وتكنولوجيا الإنتاج. وسنحاول فيما يلي التطرق لوضعية الصناعة الصيدلانية في البلدان المغاربية الثلاث، وآفاقها المستقبلية، في ظل التحولات الاقتصادية، الديموغرافية والمرضية التي تشهدها.

4-4-1 السياسة الدوائية في تونس:

شهد قطاع الصناعة الصيدلانية التونسية تطورا كبيرا بفضل الإطار القانوني الذي ينظم عملية التصنيع المحلي (قواعد الصنع المحكم) وإجراءات التسجيل (رخص الترويج بالسوق) وتسويق الأدوية. إضافة إلى التدابير التي اتخذت لتشجع الاستثمار، أهمها تخفيض الرسوم الجمركية المفروضة على التجهيزات إلى الحدود الدنيا، وكذا الإعفاء من الرسوم الجمركية المطبقة على المواد الأولية، ومواد التعبئة والتغليف. ويمكن القول أن القطاع الصيدلاني التونسي يتميز بجملة من الخصائص أهمها:

- وجود هياكل عمومية مختلفة[1] أوكلت لها مهمة تنظيم ومراقبة القطاع الصيدلاني.
- احتكار المؤسستين العموميتين (الصيدلية المركزية التونسية، ومعهد باستور) لعمليات استيراد الأدوية الموجهة للقطاعين العام والخاص.
- نمو متسارع للإنتاج الصيدلاني المحلي منذ التسعينيات، من خلال نشاط المؤسسات الخاصة (مستثمرون محليون وأجانب).

---

(1) *Direction de la pharmacie et du médicament, Laboratoire National de Contrôle des Médicaments, Direction de l'inspection pharmaceutique, Centre National de Pharmacovigilance, Agence Nationale de Contrôle Sanitaires et Environnemental des produits (ANCSEP), Douanes.*

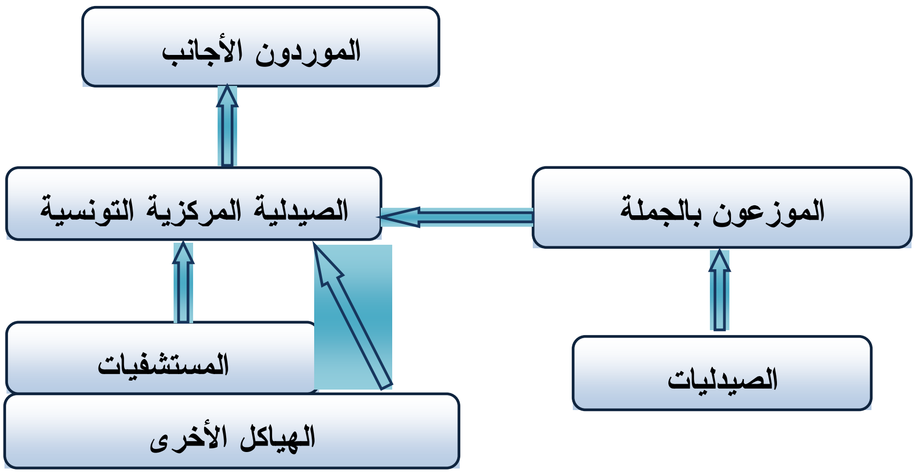
- توزيع الأدوية عن طريق شبكة من الموزعين بالجملة، ووجود شبكة من صيدليات القطاع الخاص في توسع مستمر.

4-1-1-4 تركز عمليات الاستيراد في تونس:

إن عملية استيراد المنتجات الصيدلانية تحتكرها مؤسستين عموميتين كما ذكرنا، وهما معهد باستور التونسي فيما يتعلق باللقاحات والأمصال، والمواد البيولوجية، في حين تتولى الصيدلية المركزية التونسية استيراد جميع أنواع الأدوية. وهو ما يبرز الدور الرئيسي لهذه المؤسسة العمومية، بالنظر للنسبة البسيطة للقاحات والأمصال من قيمة الواردات (5%)[1].

وبكونها مؤسسة تحتكر عمليات الاستيراد، يتم تجميع مختلف الطلبيات المتعلقة بالأدوية غير المنتجة محليا. وتقوم الصيدلية المركزية التونسية بمناقشة مختلف العقود الدولية لفائدة القطاعين العام والخاص. إلى جانب ذلك تقوم الصيدلية المركزية بمناقشة مختلف العقود مع المنتجين المحليين، غير أن وساطتها ليست إلزامية فيما يتعلق بتموين القطاع الخاص بالمنتجات الصيدلانية المحلية.

شكل رقم (72): مسار طلب الأدوية المستوردة في تونس.



المصدر:

OMS, Maitrise des coûts des médicaments importés, Etude de cas : Tunisie, Série réglementation pharmaceutique, N° 10, WHO/EDM/QSM/2003.3, Genève 2003, p20.

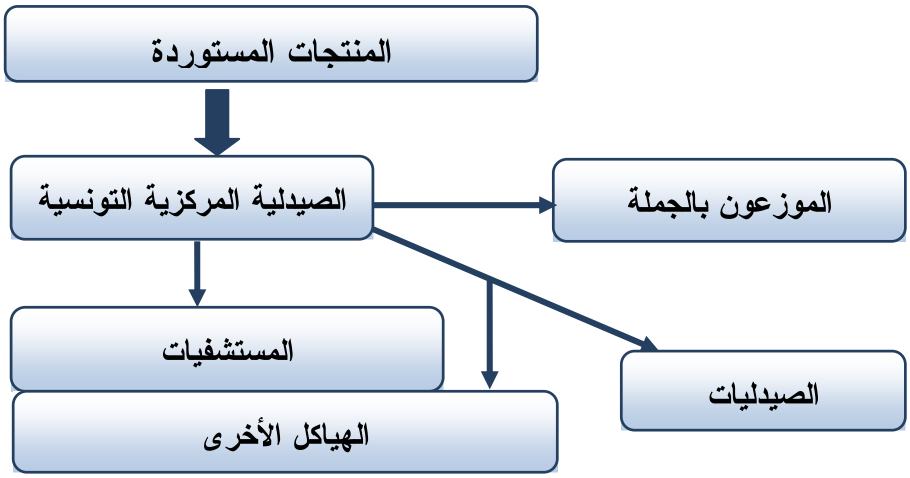
في مجال التوزيع، تقوم الصيدلية المركزية بضمان التوزيع المباشر للأدوية على مختلف المستشفيات العمومية، وكل المنشآت الصحية التابعة لوزارة الصحة. في حين أن

---

[1] *OMS, Maitrise des coûts des médicaments importés, Etude de cas : Tunisie, Série réglementation pharmaceutique, N° 10, WHO/EDM/QSM/2003.3, Genève 2003, p 19.*

تموينها للقطاع الصيدلاني الخاص فيتم أساسا من خلال وساطة الموزعين بالجملة، إلى جانب قيامها بعمليات التوزيع المباشر للصيادلة الخواص. ورغم نسبتها البسيطة فإن ذلك يسمح للصيدلية المركزية التونسية بتحليل اتجاهات الاستهلاك الصيدلاني على مستوى القطاع الخاص، ومن ثم وضع الاستراتيجيات لتفادي الاختلالات في عمليات التموين.

شكل رقم (73): مسار توزيع الأدوية المستوردة في تونس.



المصدر:

OMS, Maitrise des coûts des médicaments importés, Etude de cas: Tunisie, op.cit, p21.

إن الخصوصية التي يتميز بها القطاع الصيدلاني التونسي مكن الصيدلية المركزية من تموين السوق المحلية بشكل فعال ومنتظم انطلاقا من الخبرات المكتسبة، قدراتها التفاوضية الكبيرة، واحتكارها لعمليات الاستيراد الذي سمح لها بوضع الشركات الصيدلانية العالمية في حالة منافسة من خلال الإعلان عن المناقصات الدولية، ومن ثم الحصول على مزايا تتعلق بمستويات الأسعار وفاتورة الاستيراد.

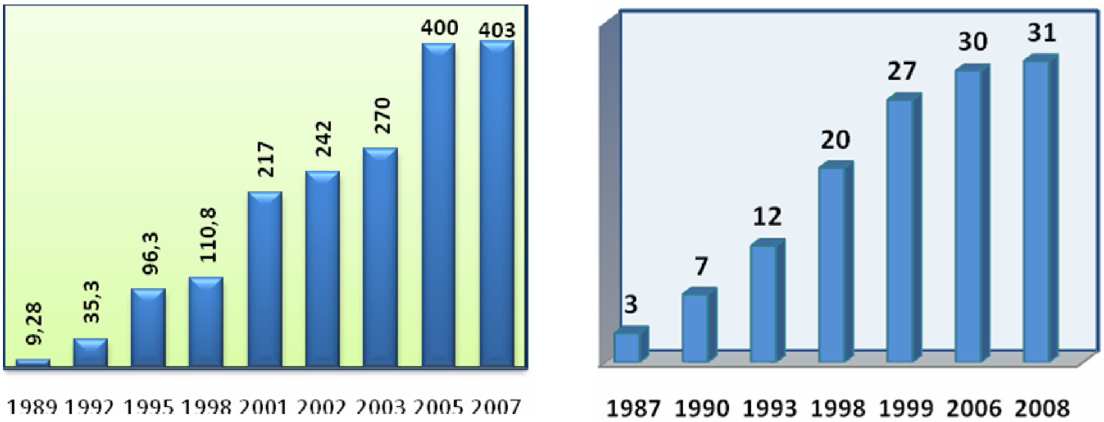
4-4-1-2 الإنتاج الصيدلاني في تونس:

لقد ساهمت السياسة التونسية في المجال الصيدلاني بتطوير نسيجها الصناعي من خلال جملة القوانين الهادفة لتنظيم نشاط هذا القطاع الحيوي منذ بداية التسعينيات[1]. حيث انتقل عدد الوحدات الصيدلانية إلى 31 وحدة في سنة 2008 بعد أن كانت لا تتجاوز الثلاث وحدات في سنة 1987. وقد كان لذلك الأثر الإيجابي على ارتفاع حجم الاستثمارات، والذي انتقل من

(1) لمزيد من المعلومات، أنظر تقرير منظمة الصحة العالمية:
OMS, LE SECTEUR PHARMACEUTIQUE TUNISIEN : Son organisation, Son fonctionnement et ses performances par rapport à la disponibilité et l'accessibilité financière des médicaments, Genève 2003

9,28 مليون في سنة 1989 إلى 403 مليون دينار تونسي في سنة 2008، مما سمح بتحسين مستوى تغطية الطلب الداخلي. ويمكن توضيح هذا التطور من خلال الشكلين التاليين.

شكل رقم (74): تطور عدد الوحدات الصناعية وحجم الاستثمارات في تونس.

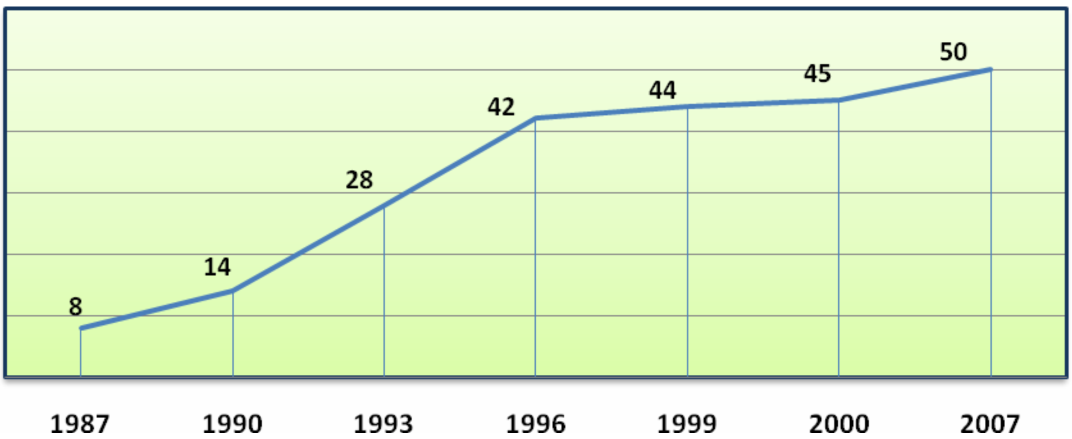


تطور حجم الاستثمارات (مليون دينار) **تطور عدد الوحدات**

المصدر: وزارة الصحة العمومية لتونس: www.santetunisie.rns.tn ***Consulter le 10/11/2009***

وقد ساهم النمو المسجل في حجم الاستثمارات، وعدد الشركات العاملة في حقل المجال الصيدلاني من تحسين حصة مساهمة الإنتاج المحلي التونسي في تغطية مستويات الطلب الداخلي. فبعد أن كانت تمثل 8% فقط من قيمة الاستهلاك الداخلي، انتقلت نسبة تغطية السوق الداخلية إلى 28% في سنة 1993، 45% في سنة 2000، لتقفز إلى 50% في سنة 2007. ويمكن توضيح مستويات التغطية وفق معطيات الشكل الموالي.

شكل رقم(75): تطور مساهمة الصناعة الصيدلانية التونسية في السوق الداخلي



1. *OMS, Maitrise des coûts des médicaments importés, Etude de cas: Tunisie, op.cit, p21* **:المصدر**
2. *Nejla YACOUB, The Tunisian pharmaceutical sector in transformation : inventory of fixture and innovation prospects, Université du Littoral, Cote d'Opale, Laboratoire de Recherche sur l'Industrie et l'Innovation, Cahiers du LAB.RII – Document de travail N°190, Juillet 2008, p 08.*

إن تنامي حصة الإنتاج الصيدلاني المحلي في تغطية الطلب الداخلي منذ 1990، قد جاء تجسيدا للسياسة التونسية في هذا القطاع الاستراتيجي، من خلال التحفيزات الممنوحة في مجال الاستثمار، بالإضافة إلى تشجيع عمليات وصف واستهلاك الأدوية الجنيسة، ورفع مستويات الإنتاج المحلي منها. ونشير في هذا الصدد إلى أن الإنتاج الصيدلاني التونسي يتشكل في غالبيته من الأدوية القديمة، والتي سقطت فيما يعرف بالحق العام بعد انقضاء الفترة الممنوحة ببراءة الاختراع. فتحليل هيكل الصناعة الصيدلانية التونسية يوضح الحصة المتنامية للأدوية الجنيسة في الإنتاج المحلي، بحيث انتقلت نسبها من 21% في سنة 1999 إلى 40% في سنة 2005، لتصل إلى 51% من الإنتاج الصيدلاني التونسي في سنة 2007 (1).

وإلى جانب مساهمتها في تلبية الطلب الداخلي، تسعى الصناعة الصيدلانية التونسية إلى محاولة التموقع في السوق العالمية من خلال تنمية صادراتها من الأدوية، والتي بلغت نسبة تراوحت بين 5 إلى 7% من الإنتاج المحلي، أي ما يعادل 12 إلى 15 مليون أورو. وقد تم توسيع نطاق التصدير إلى 23 دولة، ستة منها تمتص 86,7% من صادرات تونس: ليبيا 40,5% فرنسا 15,8%، سويسرا 9,8%، المغرب 8,7%، الجزائر 7,8%، والعراق 4,1% (2).

2-4-4 السياسة الدوائية في الجزائر:

يكتسي موضوع الاستهلاك الصيدلاني أهمية بالغة في السياسة الوطنية للأدوية، لما له من تأثير كبير على التوازنات المالية لهيئات الضمان الاجتماعي. حيث تشهد هذه الأخيرة تزايدا مستمرا لنفقاتها في مجال التأمين على المرض، يفوق مواردها المالية المتأتية من الاشتراكات الاجتماعية جراء ارتفاع التكلفة الصحية (ارتفاع مؤشر أمل الحياة عند الولادة وتغير الهرم السكاني، وخريطة المرض). وتعتبر أسعار الأدوية إحدى التحديات التي يجب تناولها بالنظر لمكانتها في جدول نفقات الضمان الاجتماعي.

وللوقوف على وضعية الصناعة الصيدلانية في الجزائر، وآفاقها المستقبلية، لا بد من التطرق إلى أهم المراحل التي ميزت هذا القطاع(3).

---

(1) *Nejla YACOUB, op. cit, p 08.*
(2) *IDEM, p 09.*

(3) للوقوف على هذه المراحل بأكثر تفصيل، أنظر تقرير المجلس الاقتصادي والاجتماعي:
Conseil National Economique et Social (CNES), LE MEDICAMENT Plate – Forme pour un débat social, 19ème Session Plénière, 11 et 12 novembre 2001.

الفترة 1982-1992: تميزت بإنشاء الصيدلية المركزية الجزائرية *(PCA)* في سنة 1963 والتي احتكرت عمليات الاستيراد. والإشراف على قطاع التوزيع، ووحدات الإنتاج التي كانت تضم: بيوتيك، فارمال منذ 1965، وكذا وحدة الحراش في سنة 1972. وكانت الصيدلية المركزية الجزائرية هي المتعامل الوطني الوحيد المكلف بتسويق الإنتاج والتوزيع على مستوى المنشآت الصحية العمومية، من خلال شبكة الصيدليات العمومية والخاصة.

الفترة 1982-1987: الإصلاحات التي بوشرت في سنة 1982 من خلال سياسة إعادة الهيكلة للمؤسسات الاقتصادية تمثلت في:

- الفصل بين وظائف التسويق والإنتاج.
- الاعتماد على شبكة التوزيع الجهوية.

وقد تمخضت عن هذه الإجراءات ميلاد خمس مؤسسات:

- ثلاث مؤسسات جهوية في مجال التوزيع على مستوى الوسط، الشرق والغرب[(1)]. مع قيام مؤسستي الوسط والشرق بتشغيل ثلاث وحدات للإنتاج (شرشال، قسنطينة وعنابة)
- مؤسسة إنتاج وتوزيع التجهيزات الطبية *(ENEMEDI)*
- مؤسسة إنتاج الأدوية (صيدال*SAIDAL*) التي تضم الوحدات الثلاثة للصيدلية المركزية الجزائرية السابقة الذكر (بيوتيك، فارمال، وحدة الحراش)، إضافة إلى مركب المضادات الحيوية بالمدية.

الفترة 1988-2000: وقد شهدت هذه الفترة تغيرات جذرية وعميقة، بزوال احتكار التجارة الخارجية، من خلال صدور قانون النقد والقرض، وتبني قانون ترقية الاستثمار. وسمحت القوانين الجديدة بتدخل الرأسمال الخاص المحلي والأجنبي في مجالات الاستيراد التوزيع بالجملة، وإنتاج الأدوية، مما سمح ببروز العديد من المتعاملين الخواص، محليين وأجانب والاستثمار في السوق الصيدلانية الوطنية. وخلال نفس الفترة عرف القطاع العام تغيرات جذرية، حيث تعرضت وحدات التوزيع الجهوية الثلاث *(PHARMS)* لصعوبات مالية كبيرة بفعل منافسة القطاع الخاص من جهة، وآثار الأزمة الاقتصادية التي عرفتها بلادنا من جهة أخرى. وتم اللجوء إلى حلها في سنة 1997، كما هو الشأن بالنسبة لمؤسسة إنتاج

---

(1) *L'ENAPHARM, L'ENCOPHARM, L'ENOPHARM.*

وتوزيع التجهيزات الطبية *(ENEMEDI)*. وقد أدى ذلك إلى بروز شكل تنظيمي جديد من خلال إنشاء الصيدلية المركزية للمستشفيات[1] المكلفة بتموين وحدات الصحة العمومية بالأدوية. إلى جانب ذلك تم إنشاء مؤسسات توزيع جديدة في مجال الاستيراد *(SEMEDAL)* التموين بالجملة *(DIGROMED)*، والتموين بالتجزئة *(ENDIMED)*.

وبالرغم من القوانين الصادرة، والإجراءات المتخذة لتحفيز مجال الاستثمار الصيدلاني فقد ظل الإنتاج الوطني متواضعا، ومساهمته ضعيفة في تلبية الطلب الداخلي. فحسب المدير العام لمجمع صيدال فإن الإنتاج الوطني من الأدوية هو في حدود 350 مليون علبة، منها 250 مليون منتجة من قبل صيدال[2]. وبالنظر للمشاكل العديدة التي يعرفها هذا القطاع الحيوي، فقد طرح ملف الصناعة الصيدلانية الجزائرية بصورة جدية في السنوات الأخيرة بحكم الارتفاع المطرد الذي تسجله فاتورة الاستيراد وبلوغها مستويات قياسية. هذه الوضعية كرسها أكثر الارتفاع الذي عرفته العملة الأوروبية الموحدة مقارنة بالدولار الأمريكي، وفي ظل الاعتماد الكبير على السوق الأوروبية والفرنسية بالتحديد في تلبية حاجياتنا من الأدوية. حيث بلغت واردات الجزائر من الأدوية 1,040 مليار دولار خلال الثمانية أشهر الأولى من سنة 2008[3]. في الوقت الذي تعاني فيه الصناعة الصيدلانية الجزائرية مشاكل عديدة جعلت مساهمتها لا تتعدى 30% في تغطية احتياجات السوق الوطنية.

وقد لجأت الجزائر إلى جملة من القرارات والتدابير الهادفة إلى تشجيع بروز صناعة محلية قادرة على ضمان الأمن الصحي للأفراد. ومن بين الإجراءات المتخذة العمل على تشجيع وصف واستهلاك الأدوية الجنيسة *(génériques)* بالتنسيق بين قطاع الصحة وهيئات الضمان الاجتماعي. فالأساليب السائدة في مجال الوصف تستدعي ضرورة إلزام الأطباء الممارسين، في القطاعين العام والخاص، بتجنب وصف الأدوية بالاسم التجاري وتشجيع وصف الأدوية وفق التسمية الدولية الموحدة *(DCI)* . هذا الإجراء من شأنه إنجاح السياسة الوطنية لترويج الأدوية الجنيسة التي تم الشروع فيها منذ 15 مارس 2008، ومن ثم تخفيض فاتورة الاستيراد، وضمان التوازن المالي لهيئات الضمان الاجتماعي التي أرهقتها عمليات التعويض المكلفة. وتشير المعطيات المتوفرة في هذا الإطار أن نفقات الصندوق الوطني

---

(1) *La Pharmacie centrale des hôpitaux.*

(2) *El Watan Economie, supplément hebdomadaire n°171, du lundi 3 au dimanche 9 novembre 2008, p 03.*

(3) *IDEM.*

للضمان الاجتماعي *(CNAS)* قد تضاعفت ثلاث مرات منذ سنة 2001، بانتقالها من 23 مليار إلى 70 مليار دينار في سنة 2008، إضافة إلى ذلك فقد تم تعويض 50 مليون وصفة طبية خلال سنة 2007[(1)]. مع الإشارة هنا إلى أن الفرد الجزائري يستهلك في المتوسط 40% فقط من الأدوية الجنيسة، يضاف إلى ذلك فإن المنتجون المحليون لا يضمنون سوى 18% من هذا المعدل. في حين تدور الأرقام في كل من المغرب وتونس في حدود 70%[(2)].

وفي غياب آليات تشجيع وصف، استهلاك، استيراد وإنتاج الأدوية الجنيسة يبرز الأثر الكبير لعامل السعر على التوازنات المالية لصناديق الضمان الاجتماعي، ومعه تفاقم فاتورة التعويضات. فالارتفاع الذي يميز أسعار الأدوية الأصلية مقارنة بالأدوية الجنيسة، ليس له تبرير من حيث الفعالية العلاجية، وإنما لكونها تنتمي لأنواع من التسميات التجارية التي لا تختلف لا من حيث النوعية، ولا من حيث الفاعلية الطبية، ولا من حيث الآثار الثانوية. إضافة إلى أن الأدوية الجنيسة المسوقة بالجزائر تخضع، بحكم القانون، لنفس الشروط المفروضة على رقابة الجودة، والفعالية العلاجية التي تخضع لها الأدوية الأصلية. مع وجود هياكل عمومية متخصصة تابعة لوزارة الصحة تسهر بصفة دائمة على مراقبة نوعية ودرجة الآثار الثانوية للدواء المسوق مهما كانت تسميته التجارية. ويتعلق الأمر هنا بالمخبر الوطني لمراقبة المنتجات الصيدلانية والمركز الوطني لليقظة الصيدلانية[(3)].

إن الشروع في تطبيق السعر المرجعي في تعويض الأدوية الذي اعتمد على أساس أسعار الأدوية الجنيسة، قد ساهم في انخفاض أسعار بعض الأدوية بنسبة تراوحت بين 20 و50%. ويدخل هذا الإجراء في إطار سعي الجزائر لترقية الدواء الجنيس، عقلنة مصاريف الضمان الاجتماعي، وترقية الاستثمار. غير أن اعتماد التسعيرة المرجعية لا يجب أن يتم على حساب النوعية والأمن الصحي، أو مبدأ توفير الأدوية وجعلها في متناول الجميع.

وفي خطوة أخرى هادفة إلى حماية الصناعة الصيدلانية الجزائرية، تم اتخاذ قرار من طرف مجلس الحكومة بتاريخ 21 أكتوبر 2008، والقاضي بمنع استيراد الأدوية المنتجة محليا. بالإضافة إلى إلزام المتعاملين الأجانب في مجال الدواء على ضرورة الاستثمار في

---

(1) *El Watan Economie, supplément hebdomadaire n°171, op. cit, p 03.*

(2) *4e Pharmadays, Marrakech, Maroc : El Watan Economie, supplément hebdomadaire n°157, du lundi 23 au dimanche 29 Juin 2008, p 08.*

(3) *Centre National de Pharmacovigilance.*

عمليات الإنتاج، بدل الاكتفاء بمجالات التسويق. ومن شأن هذه الإجراءات المتخذة أن تسمح بإعادة تنظيم السوق الصيدلانية المحلية، وتحقيق نتائج ملموسة تتعدى آثارها الإيجابية قطاع الصحة، ومن ثم تفعيل بروز مخابر وطنية لتطوير ميادين البحث، وانتعاش القطاعات الاقتصادية المرتبطة بهذا المجال الحيوي. كما أن نجاح برامج التكوين المتواصل للكفاءات الجزائرية في المجالين الطبي والصيدلي، ودور المخابر الصيدلانية الوطنية، تعتبر من القواعد الأساسية التي تمكن الجزائر من بناء صناعة وطنية تستجيب لاحتياجات السوق المحلية، وترقية المنظومة الصحية ببلادنا.

وتبقى أمام الجزائر تحديات كبيرة فيما يتعلق بتغيير أساليب الوصف، والبيع على مستوى الصيدليات، بالإضافة إلى سلوك المريض فيما يتعلق بالأدوية الجنيسة. فرغم الإجراء المتخذ منذ سنة 1992 والقاضي بالسماح للصيادلة بحق استبدال الأدوية الأصلية بشكلها الجنيس، فإن ذلك لم يحسن من أساليب الاستهلاك التي بقيت تسيطر عليها الأدوية الأصلية بفعل هوامش الربح المرتفعة، وكذا تأثير الأساليب الإشهارية التي تمارسها الشركات العالمية على الأطباء والصيادلة. وهنا يبرز الدور المحوري للدولة في تشجيع إنتاج الدواء الجنيس وزيادة استهلاكه، من خلال رفع هامش الربح الممنوح للصيدلي، وكذا وضع ضوابط تنظيمية لتخفيض حجم الصادرات من الأدوية الأصلية. وبالإضافة لما ذكر فقد تلعب وسائل الإعلام المختلفة دورا مكملا في محاولة إبراز مزايا الأدوية الجنيسة، من حيث السعر والفعالية، ومن ثم التأثير على السلوك الاستهلاكي للأفراد.

4-4-3 السياسة الدوائية في المغرب:

لقد توجه المغرب منذ سنة 1970 إلى تبني استراتيجية فعالة في هذا المجال الحيوي وأصبحت صناعتها الصيدلانية تلعب دورا كبيرا في المجال الاقتصادي والاجتماعي من خلال تحقيقها لنسبة تتراوح بين 1 و2% من الناتج الداخلي الخام، مع ضمانها لحوالي 35000 منصب شغل بصورة مباشرة وغير مباشرة. إضافة إلى تصديرها في المتوسط لنسبة تتراوح بين 8 و10% من إنتاجها نحو الدول الأوروبية، العربية، الآسيوية والإفريقية[(1)]

[(1)] *Ambassade de France au Maroc, Mission économique; La santé au Maroc, fiche de synthèse, 26 septembre 2005*

وأصبحت الصناعة الصيدلانية في المغرب تشكل قطبا للنمو بفضل التكنولوجيا المكتسبة والمعارف المتراكمة. وقد تجسد ذلك من خلال تطور عدد المؤسسات الصناعية الذي انتقل من 22 إلى 35 وحدة إنتاجية في سنة 2007.

جدول رقم (65): تطور عدد المؤسسات الصيدلانية في المغرب (2000-2007)

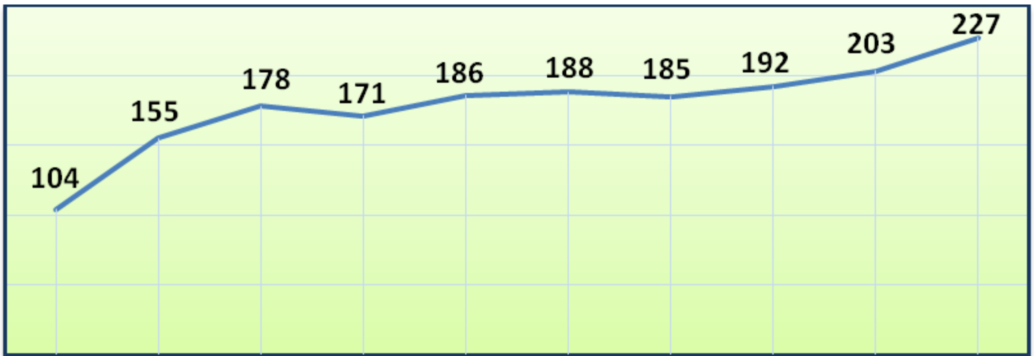
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
عدد الوحدات	22	26	26	27	30	35	35	35
الوظائف المباشرة	6000	6500	6500	6500	7000	7000	7500	7500

المصدر:

Association Marocaine de l'Industrie Pharmaceutique (AMIP), L'industrie Pharmaceutique au Maroc, chiffres clés 2007, données disponibles à fin février 2008,p 04. www.amip.ma.

لقد سمح التنوع في النشاط الإنتاجي الذي يضمنه الرأسمال الأجنبي والمؤسسات المحلية على السواء من رفع مستويات الإنتاج الصيدلاني في المغرب، وتقديم كل الأصناف العلاجية التي تتماشى واحتياجات السوق المحلية. وهو ما سمح بتغطية الطلب المحلي بشكل منتظم في حدود 70%. أما الباقي (30%) فيتم تغطيته عن طريق الاستيراد من الدول الأوروبية خاصة، ويتعلق الأمر بالأدوية ذات حجم استهلاك ضعيف[1]. حيث انتقل حجم الإنتاج من 104 مليون وحدة في سنة 1986 إلى 227 مليون وحدة منتجة في سنة 2007 مثلما توضحه معطيات الجدول الموالي.

شكل رقم (76): تطور الكميات المنتجة في السوق الصيدلانية المغربية (مليون وحدة)



1986	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
104	155	178	171	186	188	185	192	203	227

المصدر: *Association Marocaine de l'Industrie Pharmaceutique (AMIP), op. cit, p 04*

(1) *Anthioumane Tandia, l'industrie pharmaceutique, un secteur à la croisée des chemins, revue Conjoncture N° 890, février 2008, p 26.*

إن عمليات التوزيع تتم في المغرب عن طريق المخابر المنتجة، الموزعون بالجملة والصيادلة، مع إحصاء 46 موزعا بالجملة، و8500 صيدلية في سنة 2007. مع سيطرة المسار الكلاسيكي في عمليات التوزيع (المخبر- موزع الجملة- الصيدلية- المستهلك) بنسبة تصل إلى 90%. في حين تقوم المخابر بتوزيع حوالي 10% من منتجاتها إلى الصيدليات بصورة مباشرة، ونفس النسبة توجه أيضا للعيادات والمستشفيات(1).

ويبقي الاستهلاك الصيدلاني في المغرب يسجل مستويات ضعيفة، ببلوغه 303 درهما للفرد سنويا في سنة 2007(2). حيث أن الأسعار المرتفعة للأدوية، وضعف مستويات التأمين على المرض، كانت لها تأثيرات سلبية على طلب العلاج، وخاصة بالنسبة للفئات الفقيرة ومحدودي الدخل. ومن شأن الإصلاحات المعتمدة مؤخرا في مجال توسيع مظلة التأمين على المرض أن تساهم في تحسين مستويات الاستهلاك، ومن ثم المؤشرات الصحية بشكل عام.

بعد هذا الاستعراض الموجز للوضعية الصيدلانية في البلدان المغاربية الثلاث، يمكن ملاحظة التباين المسجل في أساليب تموين الأسواق الداخلية، وكذا استراتيجيات بعث صناعة صيدلانية محلية تستجيب لاحتياجات السكان. وعليه فإن أي سياسة دوائية لا بد وأن ترتكز حول جملة من الأهداف أهمها:

- توفير الأدوية بالكمية التي تفي بحاجة الأفراد، مع ضمان الجودة وعدالة التوزيع.
- اعتماد قائمة وطنية للأدوية الأساسية وفق الاحتياجات الصحية المحلية. وتكون هذه القائمة بمثابة الإطار الذي تتمحور حوله عمليات التصنيع والاستيراد.
- تحفيز الاستثمار في مجال الصناعة الصيدلانية المحلية، وتخفيض فاتورة الاستيراد.
- ترشيد استعمال الدواء، وتشجيع استعمال الأدوية الجنيسة التي تمتاز بنفس الفعالية العلاجية، وانخفاض أسعارها مقارنة بالأدوية الأصلية.

وتجسيد هذه الأهداف يستدعي ضرورة البحث عن الآليات والوسائل الكفيلة بتحقيق التوازنات المالية المطلوبة لمنظومة التأمين الاجتماعي، دون المساس بحقي العلاج والتغطية الاجتماعية للأفراد. وقد تمثل إشكالية الدواء من حيث الوفرة والنوعية، فضاء مغاربيا مناسبا لتشريح واقع هذا القطاع الحيوي، وتعزيز سبل التعاون وتبادل الخبرات.

---

(1) *Association Marocaine de l’Industrie Pharmaceutique (AMIP), op. cit, p 06.*
(2) *IDEM.*

خلاصة الفصل الرابع.

من المعروف أن المصادر الأساسية لتمويل النفقات الصحية تكمن في الدولة، مؤسسات الضمان الاجتماعي، والأسر، مع اختلاف حصص المساهمات بحسب طبيعة وخصوصيات كل منظومة صحية . وقد أصبحت إشكالية التمويل تطرح بحدة في البلدان المغاربية الثلاث وبدرجات متفاوتة، بالنظر للدور المتنامي للإنفاق الخاص في تحمل أعباء الخدمات الصحية وتأثير ذلك سلبا على مستويات طلب العلاج، في ظل ارتفاع معدلات البطالة، ومعها تراجع اشتراكات الضمان الاجتماعي. وبمقارنة الدول الثلاث لاحظنا الاختلال الكبير في مصادر تمويل المنظومة الصحية في المملكة المغربية، والتي بقيت على عاتق الأسر من خلال آلية الدفع المباشر لمصاريف العلاج والخدمات. ففي ظل ضعف مستويات التأمين الصحي التي لم تكن تتعدى نسبة 16% من إجمالي السكان، وتنامي دور القطاع الخاص، فقد كان لذلك تأثير سلبي على مستويات الطلب، وتحسين المؤشرات الصحية بشكل عام.

إن التحكم في ارتفاع التكاليف، وترشيدها في البلدان المغاربية، وتخفيض حجم النفقات التي تتحملها الأسر، يمكن تحقيقها عبر تبني جملة من الإجراءات، نذكر منها:

- التركيز على الدور القيادي للمستوى الأول للعلاج "العلاج الصحي القاعدي" بالنظر إلى فعاليته في ترشيد التكاليف، وتحقيق التوازن المطلوب في الحصول على الخدمات الصحية بين مختلف المناطق والفئات. إضافة إلى دوره في تجسيد البرامج الوقائية، ومن ثم التأثير الإيجابي على حجم النفقات الصحية.
- وضع آليات لتنظيم وتجسيد مبدأ التسلسل في مستويات العلاج، بتفعيل دور المنشآت الصحية القاعدية، والمستشفيات الجهوية لتخفيف الضغط على المراكز الاستشفائية الجامعية. بالإضافة إلى ضرورة خلق تكامل وظيفي بين القطاعين العام والخاص، وتحديد دور هذا الأخير في منظومة العلاج، وتسهيل حصول جميع الفئات على الخدمات الصحية الأساسية.
- ضرورة إدراج الدراسات السكانية في وضع، وصياغة السياسات الاجتماعية بشكل عام لمواجهة التحديات الجديدة، المتعلقة بتغير التركيبة العمرية، وخريطة المرض في البلدان المغاربية بفعل الارتفاع المسجل في مؤشر أمل الحياة عند الولادة.

الخاتمة

الخاتمـــة:

بالرغم من أن الصحة لا تقدر بثمن، إلا أن الرعاية الصحية تكلف مالا، وانطلاقا من ذلك فإن المنظومة الصحية الفعالة توفر العلاج الأساسي وتلبي احتياجات السكان، مع مراعاة مبدأ العدالة في المساهمات المالية للأفراد. ومفهوم العدالة هنا يعني أن تعتمد مساهمة الأفراد في تمويل المنظومة الصحية على دخلهم، وأن لا تكون متوقفة على حالتهم الصحية. ومن هذا المنطلق فإن الاستثمار في المنظومات الصحية المغاربية، ترقية أدائها وتعزيزه، هو الوسيلة الأنجع لضمان الوفاء بالاحتياجات المتنامية والمتغيرة للسكان.

لقد عالجنا في دراستنا التطور الذي عرفته الأشكال الرئيسية للمنظومات الصحية وتحليل خصوصياتها على المستوى الدولي، إضافة إلى الظروف الاقتصادية ومستويات النمو المحققة في البلدان المغاربية الثلاث. كما تناولنا بالتحليل الأشكال التنظيمية والتمويلية للمنظومات الصحية المغاربية، ومستويات أدائها، وانعكاس ذلك على تحسن المؤشرات الصحية للأفراد، أخذا بعين الاعتبار الإمكانيات المالية والبشرية المسخرة. ومن خلال ذلك خرجنا بجملة من النتائج والتوصيات نحاول استعراضها فيما يلي.

أولا: النتائج

1. يبرز التطور التاريخي للمنظومات الصحية، ثلاثة أشكال رئيسية في مجال تمويل النفقات. أي بالاعتماد على الضرائب (نموذج بيفردج)، أو الاشتراكات الاجتماعية (نموذج بيسمارك)، أو من خلال التأمين الخاص الذي تتميز به الولايات المتحدة الأمريكية خاصة حيث تعتبر المسألة الصحية مسألة فردية يتكفل بها قطاع التأمين الخاص مع بروز دور محوري للدولة في ضمان الخدمات الصحية لبعض فئات المجتمع (كبار السن والمعوقين). ورغم الاختلاف المسجل في أشكال تنظيم وتمويل المنظومات الصحية المذكورة، فقد تبنت أهدافا متشابهة فيما يتعلق بالمسألة الصحية وإعطائها البعد الاجتماعي.

2. نظرا لاختلاف أشكال التنظيم والتشريعات المعمول بها، تتباين المشاكل التي تواجهها كل منظومة. فالمشكل الأساسي الذي تعاني منه المنظومة الوطنية للصحة (نموذج بيفردج) هو ضعف الفعالية والأداء بسبب ضعف مستويات التمويل، وكذا قوائم الانتظار الطويلة التي أضحت محل انتقادات كبيرة للهيئة الوطنية للخدمات الصحية *(NHS)*. وتجسدت التوجهات الجديدة بإدخال إجراءات المنافسة في السوق الداخلية من خلال الفصل بين الفئة المشترية

والعارضة للعلاج، ورفع مستوى النفقات الصحية إلى المتوسط السائد في دول منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية (*OCDE*). أما منظومة بيسمارك فتشكو من ارتفاع حجم النفقات الصحية، والعجز المالي الذي أصبح يطبع عمل مختلف صناديق التأمين على المرض. وهو ما استوجب جملة من الإصلاحات الرامية لتخفيف مستويات العجز المالي، ومحاولة ترشيد النفقات الصحية بشكل عام. وقد تجسدت الإصلاحات في جملة من التدابير منها:

- ❖ اعتماد أسلوب التدرج في طلب العلاج (دور الطبيب العام في المنظومة الصحية)
- ❖ إشراك المريض في التكفل بجزء من نفقات علاجه (التذكرة المعدلة).
- ❖ خلق إطار تنافسي بين صناديق الضمان الاجتماعي، مثلما اعتمدته ألمانيا.

3. تعتبر الصحة في الولايات المتحدة الأمريكية سوقا حرة، تتميز بغياب نظام وطني إجباري وشامل للتأمين على المرض. لذلك تنفرد هذه المنظومة بنفقاتها المرتفعة، وأشكال تغطية متميزة ومتشعبة، مع هيمنة القطاع الخاص في مجال التنظيم وعرض العلاج من خلال اعتماد نظام جديد في إدارة ومراقبة العلاج (*Managed care*) بهدف احتواء التكاليف وتحسين نوعية الخدمات. ورغم جهود الدولة المجسدة في البرنامجين الفدراليين (*Medicaid Medicare*) فإن 47 مليون أمريكي لا يستفيدون من أي تأمين على المرض (نسبة 15,9%).

4. إن سياسات التثبيت والتكييف الاقتصادي التي انتهجتها البلدان المغاربية، في فترات مختلفة، وما تضمنته من إجراءات، مكنت من تحقيق نتائج مشجعة على مستوى التوازنات الاقتصادية الكبرى. غير أن النتائج المحققة لم تتم ترجمتها إلى مكاسب في مجالات التنمية البشرية بشكل متجانس وعادل. فقد ظلت مستويات البطالة في حدود مرتفعة، رغم الجهود التي تبذلها البلدان المغاربية في محاولة لاحتواء هذه الظاهرة. ويبقى التشغيل يشكل الأولوية الكبرى في خطط التنمية المطروحة، ورهانا صعبا يتوجب كسبه لتفادي الانعكاسات السلبية على تطور المجتمع واستقراره.

5. تصنف البلدان المغاربية ضمن الفئة ذات التنمية البشرية المتوسطة. ويمكن تفسير التقدم المسجل في المؤشرات الاجتماعية من خلال تحسن الأداء الاقتصادي في السنوات الأخيرة، وتزايد اهتمام السلطات العمومية وتدخلاتها الهادفة لتحسين مؤشرات التنمية البشرية غير أن الجهود التي بذلت، لا يجب أن تخفي حجم التحديات المستقبلية التي يتوجب على البلدان المغاربية مواجهتها، وفي مقدمتها الآثار الناتجة عن التحولات الديموغرافية

واتجاهاتها. سواء تعلق الأمر بدراسة أسواق العمل ومستقبلها، أو تغيرات التركيبة العمرية وتأثير ذلك على الاحتياجات الاجتماعية المتنامية للسكان (التعليم، السكن، الصحة ..).

6. يتفق الجميع على الدور الرائد للمنظومة التعليمية في إحداث التغيرات الاجتماعية والاقتصادية المرجوة، وجعلها وسيلة لتحقيق المزيد من التطور. وعليه فإن الاعتراف بأهمية التعليم لا يكفي وحده، بل الأهم هو كيف نجعل منظومة التعليم وسيلة فعالة في إحداث القفزة النوعية، وتحقيق الأهداف المسطرة. وقد تجسدت جهود البلدان المغاربية في تحسين أغلب المؤشرات، حيث تم تقليص فجوة التعليم بين الجنسين، وأصبحت المساواة شبه كاملة خصوصا بالنسبة لتونس والجزائر. ومن شأن الإصلاحات التي بوشرت أن تساهم في تقليل التفاوت بين المناطق الحضرية والريفية، وضرورة توافق مخرجات المنظومة التعليمية مع الاحتياجات الفعلية لأسواق العمل المغاربية، وبما يتناسب مع اقتصاد عالمي سريع التغير.

7. إن توفير المياه المأمونة، والصرف الصحي الملائم يساهمان بشكل كبير في تخفيض معدل الوفيات، مكافحة الأمراض، وتحقيق أهداف التنمية للألفية. وقد تبين من خلال دراستنا التفاوت في حجم النتائج المحرزة بين البلدان المغاربية الثلاث، وبين المناطق والفئات داخل الدولة الواحدة. حيث سجلنا التأخر الكبير الذي يعرفه المغرب في هذين المؤشرين مقارنة بالجزائر وتونس، فأكثر من 40% من سكان المناطق الريفية لا تستفيد من مصادر المياه المأمونة والصرف الصحي. وينتظر البلدان المغاربية الكثير من الجهد لتحسين أساليب إدارة الموارد وتوزيعها على نطاق يسمح بتوسيع مجالات الاستفادة، وتمكين الفئات الفقيرة منها.

8. حققت البلدان المغاربية نتائج إيجابية ملموسة في ميدان الرعاية والأوضاع الصحية لسكانها من خلال تحسن أغلب المؤشرات المتداولة، معدلات وفيات الأطفال والأمهات، أمل الحياة عند الولادة، وتحسن مستمر في نوعية الخدمات الصحية المقدمة، مع تسجيل تفاوت بين مختلف الفئات الاجتماعية والمناطق، ومعها إشكالية تجسيد مبدأ الإنصاف.

ويمثل معدل وفيات الأطفال مؤشرا بالغ الأهمية للوقوف على مستويات الرعاية الصحية المقدمة، والوضع الصحي العام. وتتفاوت نتائج البلدان الثلاث في مؤشر وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات، ووفيات الأطفال الرضع (أقل من سنة)، حيث سجلت تونس أحسن النتائج في هذا الإطار مقارنة بالمغرب والجزائر. ورغم النتائج الإيجابية نسبيا، فإن التحدي

ما زال كبيرا للوصول إلى المستويات المطلوبة، خصوصا إذا ما قارنا هذه الإنجازات مع ما هو مسجل في الدول المتطورة، أو البلدان ذات التنمية الاقتصادية الشبيهة.

9. تحسن المؤشرات الصحية في البلدان المغاربية، يبرزه أيضا مؤشر أمل الحياة عند الولادة بتجاوزه عتبة السبعين سنة في البلدان الثلاثة سنة 2007. ونستخلص من ذلك نقاط أساسية أهمها اتجاهات تغير التركيبة العمرية للسكان، ومعه تغير خريطة المرض. فالانتقال الديموغرافي والوبائي الذي تشهده البلدان المغاربية ميزه التراجع النسبي في معدلات الإصابة بالأمراض المعدية وتزايد حالات الإصابة بالأمراض المزمنة (السرطان، السكري، ضغط الدم، القصور الكلوي..). وكلها تحديات إضافية يتوجب على المنظومات الصحية مواجهتها خصوصا فيما يتعلق بالنفقات الصحية وتزايد الضغوطات التمويلية.

10. أصبح موضوع تطوير أداء الموارد البشرية، وضمان كفاءتها في المنظومة الصحية أولوية كبيرة، باعتباره جزءا أساسيا ومؤثرا في تحسين مستويات التغطية اللازمة وعدالة توزيعها. غير أن التفاوت في مجال التكوين بين البلدان الثلاث يترجمه التفاوت المسجل أيضا في مجال التغطية. ورغم التحسن المسجل في هذا المؤشر، فإن التحدي ما يزال كبيرا أمام البلدان المغاربية، وبخاصة المغرب الذي صنف من قبل المنظمة العالمية للصحة ضمن الدول النامية التي تعاني من ضعف كبير في مجال الموارد البشرية الصحية وسوء توزيعها حيث بلغ مؤشر التغطية 51 طبيبا فقط لكل 100 ألف نسمة في المغرب.

11. يعتبر تمويل المنظومات الصحية من المسائل الحساسة التي تسعى الدول إلى احتوائها بحيث يجري اختيار طرق ووسائل التمويل في إطار خصوصية كل دولة. سواء تعلق الأمر بطرق تحصيل الأموال، توزيع المخاطر المحتملة، وحزمة الخدمات الصحية المقدمة.

ولا تعني زيادة الإنفاق بالضرورة تحقيق نتائج فعالة، إذا لم يتم تجسيد ذلك بإجراءات أكثر فعالية، من حيث التكاليف أو الفئات المستهدفة، وتحويل هذه الاستثمارات في قطاع الرعاية الصحية إلى نمو مستدام تستفيد منه كافة شرائح المجتمع. وبالرغم من أن توصيات المنظمة العالمية للصحة تشير إلى ضرورة تخصيص نسبة 5% على الأقل من الناتج الداخلي الخام للمجال الصحي، فإن المعطيات المتوفرة تشير إلى أن نسبة النفقات الوطنية للصحة من الناتج الداخلي الخام في الجزائر لم تتجاوز 3,6% في سنة 2006، مقابل 5,3% في تونس، 5,1% في المغرب في نفس السنة.

12. من حيث درجة الاعتماد على النفقات العمومية، ودورها في تمويل المنظومة الصحية فإننا نسجل تباينا واضحا في هذا المجال، حيث تسجل الجزائر أعلى المستويات بنسبة إنفاق عمومية بلغت 75,3% من إجمالي النفقات في سنة 2005، مقابل نسبتي 44,3%، و36,6% في كل من تونس والمغرب على التوالي في نفس السنة. وتوضح النسب المذكورة الدور الكبير للإنفاق الصحي العام في الجزائر، بغض النظر عن مستوى النفقات الصحية الإجمالية. وهو ما يبرز السياسة الصحية لبلادنا، وسعيها إلى تقريب المنشآت الصحية من مختلف الفئات.

13. تفاوت مستوى النفقات العمومية في مجال التمويل وتحقيق مبدأ الشمولية، يبرزها أيضا مؤشر النفقات العمومية للفرد. حيث بلغ هذا المعدل في سنة 2005 بالدولار الأمريكي معادل القوة الشرائية، 211 دولارا في تونس، 132 دولارا في الجزائر، ولم يتعد 94 دولارا في المغرب لنفس السنة. ويؤدي الارتفاع في النفقات الفعلية التي يتحملها المرضى إلى خلق ضغوط إضافية، وتقليل فرص الحصول على الخدمات الصحية الضرورية بسبب تقلص مستويات الطلب، خصوصا في المغرب، الذي يعاني من ضعف كبير في مستويات التأمين.

14. إن خدمات العلاج التي يقدمها القطاع الخاص في البلدان المغاربية الثلاث تفوق قدرات الدفع لغالبية الأفراد، والتي تتوقف بالأساس على أساليب التعويض في مؤسسات الضمان الاجتماعي، ونسبة السكان الذين يشملهم التأمين الإجباري على المرض. ومن شأن تزايد الإنفاق الخاص على الصحة أن يكرس التفاوت بين مختلف الفئات في الحصول على العلاج ومعه إشكالية تحقيق مبدئي العدالة والإنصاف.

15. من المعروف أن هناك ثلاثة مصادر أساسية لتمويل النفقات الصحية (الدولة، مؤسسات الضمان الاجتماعي، والأسر). وتختلف نسبة مساهمة كل قطاع، حسب طبيعة وخصوصيات كل منظومة صحية. واللافت للانتباه هو الصعوبات الكبيرة التي تطرح في مجال التمويل على مستوى المصادر الثلاثة بالنسبة لهذه البلدان، وبدرجات متفاوتة، مع تنامي دور الأسر في تحمل أعباء الخدمات الصحية، في ظل ارتفاع معدلات البطالة، وتراجع اشتراكات الضمان الاجتماعي.

بالنسبة لتونس، فإن النمو الذي عرفته النفقات الصحية لم تضمنه حصة الدولة، وإنما من خلال تنامي مساهمة الأسر في عمليات التمويل. هذه المساهمة وصلت إلى مستويات كبيرة تجعل من الصعب تحملها في حال استمرار نموها، خصوصا إذا علمنا بأن نسبة

النفقات الخاصة قد انتقلت إلى 55,7% من إجمالي النفقات الصحية في تونس خلال سنة 2005، بعد أن كانت تقدر بنسبة 34% سنة 1985، و47% سنة 1995. في حين تراجعت مساهمة الدولة من 51% في سنة 1985 إلى حدود 21,8% في سنة 2004.

إن تمويل المنظومة الصحية الجزائرية، تعرف في السنوات الأخيرة محدودية واضحة في تسخير موارد مالية إضافية، لضمان التكفل الجيد بالطلب المتزايد، والناتج أساسا عن التحولات الديموغرافية والمرضية التي تعرفها بلادنا. والملاحظة الأساسية التي تبرز هي التراجع النسبي لحصة الخزينة العمومية في مجال التمويل، مع تزايد حصة الأسر والضمان الاجتماعي. ورغم أن النفقات الصحية الخاصة هي أقل مما هو مسجل في تونس، والمغرب فإنها تعتبر كبيرة ببلوغها 24,7% سنة 2006. مع تسجيلها لمستوى قياسي في فترة الأزمة الاقتصادية، والصعوبات المالية التي عرفتها الجزائر في التسعينيات، حيث وصلت النفقات الخاصة إلى حدود 28,1% من إجمالي النفقات الصحية في سنة 1999.

بالنسبة لحالة المغرب فقد بقيت مصادر تمويل المنظومة الصحية على عاتق الأسر المغربية، في ظل ضعف مستوى التأمين والتغطية الصحية. ونتج عن ذلك تنامي مساهمات الأسر في عمليات التمويل. حيث بلغت حصة الإنفاق الخاص في مجال التمويل 63,4% من إجمالي النفقات الصحية في سنة 2005. وتطرح معها مسألة العدالة، والإنصاف في الحصول على الخدمات الصحية، خصوصا بالنسبة للفئات التي لا تتمتع بتغطية طبية. وقد شكلت هذه الأخيرة موضوع حوار ونقاش بين الفاعلين بالمغرب، فقبل الإصلاحات الأخيرة لم تتعد مستويات التأمين نسبة 16%. وشكل التأمين الإجباري عن المرض الذي تم العمل به ابتداء من تاريخ 18 أوت 2005، نقطة تحول في منظومة العلاج المغربية.

وبشكل عام يتسم مردود المنظومات الصحية المغاربية بجملة من النقائص نذكر منها:

- ❖ ضعف نوعية الخدمات الصحية المقدمة في الوحدات العمومية، وارتفاع فاتورتها في القطاع الخاص.
- ❖ غياب سياسة واضحة في مجال توجيه المريض داخل المنظومة الصحية، ترتب عليه ضعف في استعمال مختلف مستويات العلاج، وانعكاس ذلك سلبا على حجم التكاليف.
- ❖ عدم المساواة في الحصول على العلاج بين المناطق الحضرية والريفية، إضافة إلى التفاوت المسجل في مجال توزيع عمال السلك الطبي.

❖ الضعف في تفعيل نشاط القطاع الخاص، وتكامله مع القطاع العام في ضمان عرض العلاج. وهو ما ساهم في تكريس عدم المساواة، من خلال المبالغ المدفوعة على مستوى المؤسسات الصحية التابعة للقطاع الخاص.

ثانيا: التوصيات

في ظل ندرة الموارد المالية، وارتفاع أعباء و تكاليف العلاج بسبب زيادة الطلب، الذي يرجع إلى التحولات الديموغرافية، وتطور عرض العلاج (التكنولوجيات الطبية الحديثة والمكلفة، عارضي الخدمات الصحية) تبرز نظرة جديدة في محاولة لتوزيع أعباء تمويل العلاج. وعلى أساس النتائج التي توصلنا إليها في بحثنا، نوصي بالاقتراحات التالية:

1. الدول المغاربية ملزمة بإجراء تحولات جذرية في اقتصادياتها، بغية تقوية محركات النمو، وإيجاد الآليات والوسائل اللازمة للتعامل مع التحديات الكبرى للتنمية، خصوصا فيما يتعلق بخلق فرص عمل جديدة لمسايرة حركة الوافدين الجدد لسوق العمل، واستيعاب أعداد العاطلين في الوقت الراهن. وهو ما يتطلب معدلات نمو اقتصادي حقيقية مرتفعة تكون كفيلة بامتصاص معدلات البطالة المرتفعة، تحسين مستويات الإنفاق، وتحسين الموارد المالية لمؤسسات الضمان الاجتماعي.

2. تفرض التحولات الجارية والتحديات المستقبلية التي تعرفها البلدان الثلاث (الاقتصادية الديموغرافية، والمالية) إعادة تشكيل استراتيجيات وأهداف المنظومات التعليمية، مع ضرورة تركيز السياسات أكثر على الجانب النوعي، من خلال جودة التعليم ومدى ملاءمة مخرجاته لاحتياجات سوق العمل. فتحسن مستوى وتأهيل قوة العمل من شأنه فتح آفاق واعدة أمام الاقتصاديات المغاربية في مجال المنافسة، في ظل السياسات الانفتاحية المعتمدة، اتفاقيات الشراكة الأورومتوسطية، والانضمام لمنظمة التجارة العالمية.

3. إن مختلف تجارب التكتلات الجهوية والإقليمية عبر عالمنا تؤكد بوضوح أن توفر الإرادة السياسية يعتبر شرطا ضروريا وحاسما في تجسيد تلك التوجهات. وعليه بالإمكان تذليل مختلف العوائق بالحوار البناء، ومن ثم استكمال بناء الجوانب الاقتصادية التي تسمح ببروز اتحاد مغاربي كقوة اقتصادية وسياسية فاعلة على المستوى الدولي والإقليمي، وفتح آفاق جديدة للنمو والاستقرار الاقتصادي، ودعم قدراتها التفاوضية في التعامل كقوة إقليمية مع باقي التكتلات، وخاصة الوحدة الأوروبية.

4. من الضروري أن تسعى البلدان المغاربية إلى تطوير أساليب استخدام المؤشرات الصحية الأساسية وتحسين قاعدة البيانات المتعلقة بالوضع الصحي واتجاهاته، وذلك بتعزيز القدرة على تحليل المعطيات الإحصائية ونشرها على نحو أمثل، تساهم بشكل فعلي في وضع وصياغة الاستراتيجيات المستقبلية لتحسين أداء المنظومات الصحية، ومن ثم تحسين الوضع الصحي للسكان بشكل عام.

5. ضرورة اعتماد طريقة توزيع المخاطر المالية بين السكان من خلال إيجاد آليات تمويل كافية وعادلة للمنظومات الصحية تجسيدا لمبدأ التكافل الاجتماعي بين الأفراد، والتقليل من أساليب الدفع المباشر على الرعاية الصحية في نقاط تلقي الخدمة. مع تكثيف الجهود لتوسيع مظلة التأمين الصحي الوطني لتشمل غالبية فئات المجتمع.

6. إن توفير الصحة للجميع يستوجب وضع الاستراتيجيات الهادفة إلى توفير مبدأ التغطية الشاملة للأفراد. مع تقاسم الخبرات بشأن مختلف طرق تمويل المنظومات الصحية، بما في ذلك وضع مخططات للتأمين الصحي. بحيث تسهم في تلبية احتياجات السكان من الرعاية الصحية، تحسين نوعيتها، الحد من الفقر، وبلوغ الأهداف الإنمائية للألفية الواردة في إعلان الأمم المتحدة بحلول 2015.

7. إن تخصيص الموارد المالية في المنظومة الصحية، والاستفادة منها لتحسين مختلف المؤشرات يمر بالأساس عبر التحكم في مختلف التكاليف وترشيدها، رفع كفاءة الأداء داخل المنظومات الصحية، وتفعيل مجال الشراكة في التنمية الصحية بين القطاعين العام والخاص مع ضرورة تحديد دور هذا الأخير في منظومة العلاج الوطنية، سعيا لتسهيل الحصول على مختلف الخدمات الصحية. إضافة إلى تفعيل دور المنشآت الصحية العمومية وهيئات التمويل الصحي، في إطار استراتيجية عامة تتكفل بها الدولة.

8. التركيز على الدور القيادي للمستوى الأول للعلاج "العلاج الصحي القاعدي" بالنظر إلى فعاليته في ترشيد التكاليف، وكذا الدور الكبير الذي يلعبه في تحقيق التوازن المطلوب في الحصول على الخدمات الصحية بين مختلف المناطق، وفئات المجتمع. إضافة إلى دوره في تجسيد البرامج الوقائية، ومن ثم التأثير الإيجابي على حجم النفقات الصحية.

9. العمل على تجسيد مبدأ التدرج في مستويات العلاج بضمان التوزيع الملائم والمنصف للمنشآت الصحية القاعدية، والمستشفيات الجهوية وتفعيل دورها، وكذا تواجد عمال السلك

الطبي، وبالتحديد الأخصائيين. بحيث يتلقى الأفراد خدمات صحية عادلة وجيدة النوعية وفقا لمجموعة المزايا المتوقعة، وبما يضمن تخفيف الضغط على المراكز الاستشفائية الكبرى.

10. ضرورة مواجهة التحديات الجديدة، المتعلقة بتغير خريطة المرض، والتركيبة العمرية للسكان، وذلك بتكثيف برامج التوعية والتربية الصحية، التكفل بالأمراض المزمنة، مع أهمية إدراج الدراسات السكانية في وضع وصياغة السياسات الاجتماعية بشكل عام، وكذا اعتماد خريطة صحية وطنية مضبوطة، تأخذ في الاعتبار الاحتياجات الصحية، بما يضمن التوزيع المتكافئ للموارد والتجهيزات، وفي إطار تكامل وظيفي بين القطاعين العام والخاص.

11. ضرورة تحفيز مجالات الاستثمار في القطاع الصيدلاني الوطني، وتشجيع استهلاك وإنتاج الأدوية الجنيسة بما يضمن تخفيض فاتورة الاستيراد. وقد يمثل موضوع الدواء فضاء مغاربيا مناسبا لبعث شراكة حقيقية، وتعزيز سبل التعاون في مجال الإنتاج وتبادل الخبرات.

12. ضرورة أن تتركز الإستراتيجية الصحية في البلدان المغاربية على مفهوم الصحة وليس المرض، بمعني توجيهها نحو الرعاية الصحية الأولية التي تشكل الإطار الأمثل لتقديم الخدمات، تحسين مؤشراتها وضمان عدالتها. فالتحديات الجديدة تفرض ضرورة العودة وتجسيد المبادئ الأساسية للرعاية الصحية الأولية التي تم الاتفاق عليها منذ سنة 1978 في إعلان آلما-آطا. والسعي الجدي لمعالجة المحددات الاجتماعية للصحة، من خلال تعبئة وتفعيل دور جميع القطاعات والهيئات من مجتمع مدني، ومنظمات غير حكومية.

13. نظرا لمحورية المحددات الاجتماعية، الاقتصادية والبيئية في المجال الصحي، تبرز أهمية الإجراءات التي يجب أن تتخذ في القطاعات ذات الارتباط الكبير بالقطاع الصحي بالنظر لدورها الكبير في تحسين مختلف المؤشرات الصحية. وتشمل هذه القطاعات التعليم الغذاء، المياه المأمونة والصرف الصحي، ظروف السكن والبيئة. وهو ما يستوجب توجيه الإنفاق العام نحو تلك القطاعات الكفيلة بتلبية الحاجيات الأساسية والمتنامية للسكان.

وفي الأخير نتمنى أن نكون قد حققنا الأهداف المتواضعة التي تم تسطيرها من خلال بحثنا هذا، وتوضيح بعض جوانب هذا الموضوع الشاسع والمعقد. كما نتمنى أن تشكل تلك الجوانب إشكاليات لدراسات مستقبلية.

قائمة المراجع

قائمة المراجع:

أولا: المرجع بالعربية

I. التقارير:

1. كريم النشاشيبي وآخرون، الجزائر: تحقيق الاستقرار والتحول إلى اقتصاد السوق صندوق النقد الدولي، واشنطن 1998.
2. الأمم المتحدة، الظروف الاقتصادية والاجتماعية في شمال إفريقيا، تحليل ظرفية 2007 اللجنة الاقتصادية لإفريقيا، مكتب شمال إفريقيا، الاجتماع الثالث والعشرون للجنة الخبراء الحكومية الدولية، الرباط، المغرب، 10-13 مارس 2008.
3. البنك الدولي"الشباب- ثروة لم تنل قيمتها المستحقة- نحو أجندة جديدة في الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، التقدم والتحديات والطريق إلى الأمام". منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا ،إدارة التنمية المستدامة ،إدارة التنمية المستدامة سبتمبر 2007.
4. البنك الدولي، البنك الإسلامي للتنمية، تونس: فهم عملية التنمية الاجتماعية والاقتصادية الناجحة، تقييم للمساعدات مشترك بين البنك الدولي، والبنك الإسلامي للتنمية، 2005
5. بنك المغرب، التقرير السنوي 2003.
6. التأمين الصحي في واقع النظام الصحي المعاصر(دراسة نظرية وميدانية استطلاعية) جمهورية مصر العربية، معهد التخطيط القومي، سلسلة قضايا التخطيط والتنمية، رقم 159، يوليو 2002.
7. التقرير الاقتصادي العربي الموحد 2006.
8. التقرير الاقتصادي العربي الموحد، 2007.
9. تقرير البنك العالمي، الطريق غير المسلوك، إصلاح التعليم في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، ملخص تنفيذي، 2007
10. تقرير منظمة اليونيسف، التقدم من أجل الأطفال، تقرير دوري عن المياه والصرف الصحي، العدد 5 سبتمبر/ أيلول 2006.
11. تقرير يونيسف، وضع الأطفال في العالم 2008، بقاء الأطفال على قيد الحياة.
12. الجمهورية التونسية، وزارة التنمية والتعاون الدولي، الميزان الاقتصادي لسنة 2007.
13. الجمهورية التونسية، وزارة التنمية والتعاون الدولي: الوثيقة التوجيهية للمخطط الحادي عشر والعشرية 2007- 2016

14. الجمهورية التونسية، وزارة التنمية والتعاون الدولي، المخطط الحادي عشر للتنمية 2007-2011، المجلد الأول جويلية 2007

15. الجمهورية التونسية، وزارة التنمية والتعاون الدولي، المخطط الحادي عشر للتنمية 2007-2011، الملحق الإحصائي

16. الجمهورية التونسية، وزارة التنمية والتعاون الدولي، المسح الوطني حول السكان والتشغيل لسنة 2007، المعهد الوطني للإحصاء، 2008

17. الجمهورية التونسية، وزارة التنمية والتعاون الدولي، الميزان الاقتصادي لسنة 2008

18. اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغرب آسيا، الضمان وشبكات الأمان الاجتماعي في إطار السياسات الاجتماعية، الأمم المتحدة، نيويورك، 26 نوفمبر 2003

19. اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغرب آسيا، نحو سياسات اجتماعية متكاملة في الدول العربية، إطار وتحليل مقارن، الأمم المتحدة، نيويورك، 10 نوفمبر 2005.

20. اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا، النافذة الديموغرافية فرصة للتنمية في البلدان العربية، تقرير السكان والتنمية، العدد الثاني، الأمم المتحدة، نيويورك 2005.

21. مركز الدراسات السياسية والإستراتيجية، تقرير الاتجاهات الاقتصادية الإستراتيجية القاهرة 2006

22. مشروع الميزانية القطاعية لوزارة الصحة، للسنة المالية 2008، تقديم وزيرة الصحة أمام مجلس النواب، 26 نوفمبر 2007

23. المغرب: مقاربة النوع الاجتماعي، ملحق التقرير الاقتصادي والمالي 2006، أكتوبر 2005

24. المملكة المغربية، المبادرة الوطنية للتنمية البشرية، أرضية لإعداد برنامج عمل، أوت 2005

25. المملكة المغربية، الوزير الأول ميثاق من أجل تفعيل مقتضيات مدونة التغطية الصحية الأساسية، جانفي 2005

26. المملكة المغربية، وزارة المالية والخوصصة، مديرية الدراسات والتوقعات المالية قانون المالية لسنة 2006، تقرير النوع.

27. المملكة المغربية، وزارة المالية والخوصصة، مديرية الميزانية، مصلحة إصلاح الميزانية: برنامج الإصلاح الجذري للسلطات العمومية، مذكرة.
28. منظمة الصحة العالمية، تأثير الإنفاق الصحي على الأسرة والخيارات البديلة لتمويل الرعاية الصحية، ورقة تقنية، اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط، الدورة الحادية والخمسون، البند6 (أ) من جدول الأعمال، أيلول/سبتمبر 2004.
29. منظمة الصحة العالمية، المرشد إلى إنشاء نظام الحسابات الصحية الوطنية، مع تطبيقات خاصة للبلدان ذات المدخول المنخفض والمتوسط، جنيف 2003.
30. منظمة الصحة العالمية، التمويل الصحي المستدام، التغطية الشاملة، والتأمين الصحي الاجتماعي، تقرير من الأمانة، جمعية الصحة العالمية الثامنة والخمسون البند 13- 16 من جدول الأعمال المؤقت، 07 أفريل 2005.
31. المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم، تقرير التنمية البشرية في الوطن العربي في مجالات التربية، الثقافة والعلوم، ومحو الأمية خلال الفترة 1990 – 2003
32. منظمة العمل العربية، موجز التقرير العربي الأول حول التشغيل والبطالة في الدول العربية، نحو سياسات وآليات فاعلة، القاهرة، جويلية، 2008.

II . الرسائل الجامعية:

1. عبد الباقي روابح، المديونية الخارجية والإصلاحات الاقتصادية في الجزائر ، دراسة تحليلية مقارنة. رسالة دكتوراه جامعة باتنة، 2006/2007.
2. هبة علاء الدين جبارة، تقييم التأمين الصحي الحكومي في مصر، مع دراسة حالة لوحدة مدينة نصر، رسالة دكتوراه في الاقتصاد، كلية التجارة، فرع البنات قسم الاقتصاد، جامعة الأزهر، سنة 2006

III. المقالات:

1. بتول شكوري، الترابط بين السكان والتنمية والفقر على صعيد الاقتصاد الكلي، المنتدى العربي للسكان، بيروت، 19 /2004/11.
2. محمد الشكري، تجربة التكامل الاقتصادي لدول اتحاد المغرب العربي، المؤتمر المصرفي العربي السنوي"رؤية عربية للقمة الاقتصادية" ، الدوحة- قطر، 7-8 تشرين الثاني/ نوفمبر 2007.

ثانيا: المراجع باللغات الأجنبية:

I. الكتب:

1. Aventur Jacques, Les systémes de santé des pays industrialisés, Edition L'HARMATTAN, Paris, 1995.
2. Beresniak Ariel et Duru Gérard, Economie de la santé, 5è édition, MASSON, Paris 2001
3. D'Intignano Béatrice Majnoni, santé et économie en Europe, 1er édition, presses universitaire de France, 2001
4. Fantino Bruno, Ropert Gerard, guérir le système de santé de ses maux, avec 40 propositions pour une réforme, ALEAS éditeur, mars 2004
5. Lambert Denis – clair, La santé, clé de développement économique : Europe de l'Est et Tiers mondes, Édition L'HARMATTAN, Paris, 2001
6. Lambert Denis – clair, les systèmes de santé, Analyse et évaluation comparée dans les grands pays industriels, Edition du SEUIL, Avril 2000.
7. Le FAOU Anne Laurence, les systèmes de santé en questions : Allemagne, France, Royaume-Uni, Etats-Unis et Canada, Edition ELLIPES, Paris, 2003
8. Lévy Emile et autres, Economie du système de santé : édition DUNOD, Paris 1975.
9. M.Dror David et S. Preker Alexander, Réassurance sociale ; stabiliser les micro-assurances santé dans les pays pauvres, Editions ESKA, 2003
10. Mordelet Patrick, Gouvernance de l'hôpital et crise des systèmes de santé, édition ENSP, Rennes Cedex, 2006
11. Newbbander .W, Eichler .R, le managed care aux Etats- unis: son histoire, ses modalités et son avenir, les innovations récentes en matières de politique de santé dans la sécurité sociale, éditions scientifiques européennes, Bern 2002
12. Oufriha Fatima- Zohra, Cette chère santé, une analyse économique du système de soins en Algérie, Office des Publications Universitaires, Alger, 1992.
13. Palier Bruno, Gouverner la sécurité sociale, presse universitaire de France, Paris, mars 2002
14. Palier Bruno, la réforme des systèmes de santé, presse universitaire de France, mars 2005

II. التقـــارير:

1. Banque Africaine de Développement (BAfD)/OCDE, perspectives économiques en Afrique 2006.
2. BAfD / OCDE, perspectives économiques en Afrique 2007.
3. BAfD/ OCDE, Perspectives économiques en Afrique 2008.
4. BAfD/OCDE, Perspectives économiques en Afrique 2008,annexe statistique
5. Banque Mondiale, République Algérienne Démocratique et Populaire, à la recherche d'un investissement publique de qualité, une revue des dépenses publiques, Rapport N° 36270-DZ, 15 aout 2007
6. Banque Mondiale, Département du Développement Humain, République Tunisienne ; étude du secteur de la santé, Mai 2006.
7. Banque mondiale, République Algérienne démocratique et populaire, a la recherche d'un investissement publique de qualité, Rapport N 36270-DZ, texte principal, volume I, 15 aout 2007.
8. Bureau de L'UNICEF en Tunisie, La situation des enfants en Tunisie, analyse et recommandations, année 2004.
9. Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (France), chiffres & repères, édition 2007.
10. Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (France), Le médecin traitant, adopté par la majorité des Français, favorise la prévention, Point d'information, 22 janvier 2009.
11. CHEVRIER-FATOME Carine, Le système de santé en Angleterre, Actions concernant la qualité des soins et la régulation des dépenses en ambulatoire, Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), rapport N° 2002 105, Juin 2002
12. Commission des Communautés Européennes, Politique Européenne de voisinage, rapport sur le Maroc, document de travail des services de la commission, Bruxelles 12.5.2004, SEC (2004) 569.
13. Conseil National Economique et Social (CNES), LE MEDICAMENT : Plate Forme pour un débat social, 19ème Session Plénière, 11 et 12 novembre 2001.
14. Conseil National Economique et Social, CNES, Rapport National sur le Développement Humain, Algérie 2006, réalisé en coopération avec le Programme des Nations Unies pour le développement, PNUD, année 2007.
15. Conseil National Economique et Social, CNES, Rapport National sur le Développement Humain, Algérie 2007, réalisé en coopération

avec le Programme des Nations Unies pour le développement, PNUD, Juillet 2008.

16. Cour des comptes, Enquête sur la répartition du financement des dépenses de maladie depuis 1996 et sur les transferts opérés entre l'assurance maladie obligatoire, les assurances complémentaires et les ménages. Communication à la commission des affaires sociales du SÉNAT, avril 2008.
17. DUHAMEL M. Gilles, Le système de santé et d'assurance maladie américain ; action avec les médecins concernant la qualité des soins et la régulation des dépenses en ambulatoire, Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), France, rapport n°073, Avril 2002
18. FMI, Algérie : questions choisies, rapport du FMI No 05 / 52, Mai 2006
19. FMI, Rapport du FMI n° 04 / 162 Juin 2004, préparé par les représentants des services du FMI pour les consultations de 2004 avec le Maroc,
20. Fonds Monétaire International, Maroc, Rapport des services du FMI pour les consultations de 2004 au titre de l'article IV, 13 avril 2004
21. Haute Autorité de santé (HAS), La participation des patients aux dépenses de santé dans cinq pays européens, annexe, Monographies, Mission Etudes et Recherche, septembre 2007,
22. I.N.S.P, Le bulletin de l'économie de la santé, N°1, décembre 1993.
23. KHERBACH Fatiha, EL ALAMI EL FELLOUSSE L. Asma, Etude sur le financement des soins de santé au Maroc, Rapport final, OMS, Novembre 2007.
24. La banque mondiale, Royaume du Maroc, rapport sur la pauvreté : comprendre les dimensions Géographiques de la pauvreté pour en améliorer l'appréhension à travers les politiques publiques, rapport No. 28223 – MOR, Septembre 2004
25. Lange Bernd-Peter, La réforme du système de santé en Allemagne, Comité d'études des Relations franco-allemandes (CERFA), Avril 2006.
26. Le marché de la santé en Algérie, Missions économiques, Ambassade de France en Algérie, novembre 2006.
27. Les études de la mutualité française, Bilan de 25 ans de politique du médicament générique. Propositions pour une politique plus ambitieuse, octobre 2008
28. Maazouzi Wadjih et autres, Système de santé et qualité de vie , rapport thématique, cinquantenaire de l'indépendance du Royaume du Maroc,2005.

29. Martinez Luis, L'Algérie, l'union du Maghreb Arabe et l'intégration Régionale, EUROMESCO, Octobre 2006.

30. Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Rapport préliminaire du conseil national de la réforme hospitalière : les préalables et les actions urgentes.

31. Molinié Eric, L'hôpital public en France : bilan et perspectives, République Française, avis et rapports du Conseil Economique et Social, 2005.

32. Nations Unies, Rapport National sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement (Tunisie), Mai 2004

33. OCDE, Vers des systèmes de santé plus performants,2004.

34. OMS, Atteindre la couverture universelle: le développement du système de financement, Résumés techniques pour décideurs, Numéro 1, 2005.

35. OMS, COMITE REGIONAL DE LA MEDITERRANEE ORIENTALE, Discussions techniques, développement des systèmes de santé, Quarante-huitième session, Point 9 de l'ordre du jour, Juillet 2001.

36. OMS, Maitrise des coûts des médicaments importés, Etude de cas : Tunisie, Série réglementation pharmaceutique, N° 10, WHO/EDM/QSM/2003.3, Genève 2003.

37. OMS, LE SECTEUR PHARMACEUTIQUE TUNISIEN : Son organisation, Son fonctionnement et ses performances par rapport à la disponibilité et l'accessibilité financière des médicaments, Genève 2003.

38. OMS, Rapport sur la santé dans le monde 2005, Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant, Genève 2005.

39. OMS, La santé et les objectifs du Millénaire pour le développement, tenir les promesses, 2005.

40. OMS, Ministère de la santé Maroc, Politique de santé de l'enfant au Maroc, analyse de situation, octobre 2005.

41. OMS, Statistiques Sanitaires Mondiales 2006

42. OMS, Statistiques Sanitaires Mondiales 2008

43. OMS, stratégie de coopération avec la Tunisie, 2005-2009.

44. OMS, stratégie de coopération OMS – MAROC 2004- 2007, Bureau régional de la méditerranée orientale, le Caire (Egypte), 2003.

45. OMS, Stratégie OMS de coopération avec les pays, République Algérienne démocratique et Populaire 2002-2005.

46. OMS, rapport sur la santé dans le monde 2006 ; Travailler ensemble pour la santé.

47. ONS Algérie, Rétrospective statistique, 1970 – 1996. édition 1999.

48. ONS, Annuaire Statistique de l'Algérie, No 22, résultats 2002-2004, édition 2006

49. ONS, L'Algérie en quelques chiffres, No 37, résultats 2004-2006, édition 2008

50. Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Rapport sur la santé dans le monde, 2008 : Les soins de santé primaires- Maintenant plus que jamais.

51. Plan-cadre des nations Unies au Maroc 2007-2011, Bilan commun de pays, Mars 2006.

52. PNUD, Maroc; Rapport de développement humain 2005, Femmes et dynamiques du développement.

53. PNUD, Nations Unies, Rapport National sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement Tunisie), Mai 2004.

54. PNUD, Rapport mondial sur le développement humain 2004, La liberté culturelle dans un monde diversifié.

55. PNUD, Rapport mondial sur le développement humain 2005, La coopération internationale à la croisée des chemins : L'aide, le commerce et la sécurité dans un monde marqué par les inégalités, édition ECONOMICA, Paris, 2005.

56. PNUD, Rapport mondial sur le développement humain 2007- 2008, la lutte contre le changement climatique : un impératif de solidarité humaine dans un monde divisé.

57. République Algérienne démocratique et Populaire, Ministère de la santé, de la population et de la reforme hospitalière, Population et développement en ALGERIE, CIOD + 10, Rapport National, décembre 2003

58. République Algérienne démocratique et Populaire, Ministère de la santé, de la population et de la reforme hospitalière, La SANTE DES ALGERIENNES ET DES ALGERIENS, Décembre 2004.

59. République Algérienne démocratique et Populaire, Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Population et développement en Algérie, Rapport National.

60. République Algérienne démocratique et Populaire, Ministère de la santé, et de la population, Développement du système national de santé, stratégie et perspectives, mai 2001.

61. République Algérienne démocratique et Populaire, Ministère de la santé, de la Population, et de la Réforme Hospitalière, Institut National de Santé Publique, Transition épidémiologique et système de santé, Projet TAHINA (contrat n° ICA3-CT-2002-10011), Enquête Nationale Santé, Novembre 2007

62. République Française, Ministère des affaires étrangères, La santé en France, info synthèse, Février 2007.

63. Royaume du Maroc, Ministère de la santé, Santé- vision 2020, année 2007.

64. Royaume du Maroc, Haut commissariat au plan, Démographie Marocaine : tendances passées et perspectives d'avenir, rapport thématique ; centre des études et des recherches démographiques

65. Royaume du Maroc, Haut commissariat au plan, profil socio-démographique du Maroc, 2004.

66. Royaume du Maroc, les indicateurs sociaux 2001, département de la prévision économique et du plan, direction de la statistique.

67. Royaume du Maroc, Ministère de la santé, direction de la planification et des ressources financières, Comptes nationaux de la santé 2001, décembre 2005.

68. Royaume du Maroc, Ministère de la santé, santé en chiffres 2006, direction de la planification et des ressources financières,

69. Royaume du Maroc, Ministère de la santé, santé en chiffres 2007, direction de la planification et des ressources financières

70. Royaume du Maroc, Objectifs du millénaire pour le développement, Rapport national, septembre 2005.

71. Sauvignet Emilie, Le financement du système de santé en France : rôle et organisation de l'assurance maladie obligatoire, OMS, 2004,

72. Soubie Raymond, et autres, Livre blanc sur le système de santé et d'assurance maladie, Commissariat général du plan, rapport officiel, Paris 1994.

73. Système des Nations Unies en Algérie, ALGERIE ; Bilan commun de pays, septembre 2005.

74. UNICEF, La situation des enfants dans le monde 2007 ; Femmes et enfants : le double dividende de l'égalité des sexes.

75. UNICEF, La situation des enfants dans le monde 2009 ; La santé maternelle et néonatale.

III. المقالات:

1. Ahmidouch Said, Couverture sociale au Maroc, revue des ingénieurs, Paris-St Étienne- Nancy, dossier spécial Maroc, No 427, 59ème année, juillet/ aout 2007
2. Alami Greft Abdeljalil, L'assurance-maladie obligatoire au cœur du débat au Maroc, Conférence Internationale de l'AIM.
3. Anthioumane Tandia, l'industrie pharmaceutique, un secteur à la croisée des chemins, revue Conjoncture N° 890, février 2008.
4. Auger Jacques, une approche comparative des systèmes de santé dans quatre pays (Allemagne, Etats- Unis, France, Royaume-Uni), coup d'œil, volume5, N°1 avril 1999
5. Belghiti Alaoui. A, Système de santé Marocain; Réalité et perspectives, Syndicat National de la Santé Publique - FDT 6 ème Congres National, BOUZNIKA : 4, 5 et 6 Mai 2007.
6. Bernstein David, Les réformes dans l'organisation des soins primaires en Angleterre, points de repère, N°17, Juillet 2008, Caisse Nationale de l'Assurance Maladie, Paris Cedex, www.ameli.fr.
7. BOURGUEIL Yann, MAREK .A, et MOUSQUES .J, La participation des infirmières aux soins primaires dans six pays européens et au Canada, DREES, Etudes et Résultats, N° 406, juin 2005
8. BOURGUEIL Yann, MAREK .A, et MOUSQUES .J, Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : quels enseignements pour la France ?, IRDES, Questions d'économie de la santé, N°127- Novembre 2007
9. Brahmia Brahim, le système de santé algérien dans la transition, Revue santé Décision Management SDM, Les nouvelles organisations des systèmes de santé, volume 11- n° 3-4, édition Lavoisier, Paris, 2008
10. Brahmia Brahim, Quelle alternative de financement de l'assurance maladie dans la transition sanitaire en Algérie, communication présentée au cours du séminaire pour le financement de l'assurance maladie, ministère du travail, de l'emploi et de la sécurité sociale, Alger,2008.
11. Brundtland Gro Harlem, santé et développement : une approche durable, Revue ISUMA, Volume 3, N° 02, Automne 2002.
12. Chambareteaud Sandrine et Lequet – Slama Diane et G. Rodwin Victor couverture maladie et organisation des soins aux Etats unis, revue DREES. Etudes et résultats, N° 119, juin 2001.

13. Cohu Sylvie et autres, réformes des systèmes de santé allemand, néerlandais et suisse et introduction de la concurrence, revue DREES, Etudes et Résultats, No 445, novembre 2005.

14. couffinhal Agnès, Perronnin Marc, Accès à la couverture complémentaire maladie en France ; une comparaison des niveaux de remboursement, revue CREDES, N° 80 février 2004.

15. Dourgnon Paul et autres, Les assurés et le médecin traitant : premier bilan après la réforme, Institut de Recherche et Documentation en économie de la santé (IRDES), bulletin d'information en économie de la santé, N° 124- Juillet 2007.

16. Dufour Christian, Gélinas Jean, La santé en Angleterre : la réforme conservatrice et le projet travailliste, Télescope, Revue d'analyse comparée en administration publique, l'École nationale d'administration publique du Québec, volume 5, numéro 4, décembre 1998.

17. Dyer Paul, Disponibilité de main d'œuvre, chaumage et création d'emplois dans le Maghreb, Banque mondiale pour la table ronde du Maghreb.

18. GUY Carrin, Régimes d'assurance - maladie communautaires dans les pays en développement: faits, problèmes et perspectives, Organisation Mondiale de la Santé, Genève, 2003.

19. Guy Carrin, L'assurance sociale maladie dans les pays en développement: un défi permanent, revue internationale de sécurité sociale, vol 55, 2002

20. Hassentenfel Patrick, Allemagne consensus introuvable sur la réforme de l'assurance maladie, chronique internationale de l'IRES, n° 102, Septembre 2006.

21. Hassenteufel Patrick, Allemagne, Les réorientations de la politique d'assurance maladie, chronique internationale de l'IRES, n° 91, Novembre 2004, P 55.

22. Hédi Achouri, L'Assurance Maladie en Tunisie; situation actuelle perspectives de réforme.

23. Lambert Odile Join et Lefresne florence, Royaume-Uni : Le National health service : une institution pérenne en pleine transformation, Chronique Internationale de l'IRES- n° 91, novembre 2004.

24. Lautier Marc, Les exportations de services de santé des pays en développement, Le cas Tunisien, Agence Française de développement, No 25, décembre 2005

25. Le Laidier Sylvie, La couverture maladie universelle : l'apport de la protection complémentaire, revue MEDECINE/ SCIENCES, No1, vol 20, janvier 2004

26. Lenoir Daniel, la réforme de l'assurance maladie, Cahiers français No 324, la documentation française, janvier février 2005

27. Lequet-Slama Diane, Régulation des systèmes de santé : Quelques expériences étrangères de réformes en Europe, Revue d'économie Financière, N°76, novembre 2004,

28. Lesur Romain, Le médicament générique : des attentes à la réalité, Annales des mines, février 2005.

29. Lucas Jean-Marc, Système de santé américain: pronostic vital réservé (sans intervention), revue Conjoncture, Janvier 2007.

30. Nejla YACOUB, The Tunisian pharmaceutical sector in transformation : inventory of fixture and innovation prospects, Université du Littoral, Cote d'Opale, Laboratoire de Recherche sur l'Industrie et l'Innovation, Cahiers du LAB.RII – Document de travail N°190, Juillet 2008.

31. Or Zeynep, Renaud Thomas; Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital (T2A) Enseignements de la théorie économique et des expériences étrangères, IRDES, Document de travail n° 23, Mars 2009.

32. Ouadah-Bedidi Zahia et Vallin Jacques, Maghreb: la chute irrésistible de la fécondité. Population & société, Bulletin Mensuel d'information de l'institut national d'études démographiques, Numéro 359, Juillet – Aout 2000.

33. Oufriha Fatima- Zohra, Les réformes du système de santé en Algérie, colloque organisé par « The north African communication » , El Aurassi, Alger, 3-5 avril 2004.

34. Oufriha Fatima- Zohra, La difficile structuration du système de santé en Algérie, quels résultats, les cahiers du CREAD, N° 35 / 36, 3e et 4^{e} trimestre, 1993.

35. Polton Dominique, les systèmes de santé dans les pays occidentaux, Cahiers français No 324, la documentation française, janvier-février 2005.

36. Polton Dominque, La concurrence par le financement fonctionne-t-elle? L'expérience des HMO aux USA, revue d'économie financière, N° 76, novembre 2004.

37. RAYNAUD Denis, L'impact de la CMU sur la consommation individuelle de soins, Drees, ETUDES et RESULTATS, N^{0} 229, mars 2003

38. Rosenberg Paul, à la santé des américains ; les risques de la privatisation, édition Les empêcheurs de penser en rond / Le seuil, Paris, 2003.

39. Saudier Simone et autres, Systèmes de santé en transition, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, 2004.

40. SAUVIAT Catherine, la crise chronique du système de santé américain, revue de l'IRES, N°46, 2004.

41. Skalli Nouzha, Le système de santé au Maroc, perspectives de réforme, Forum Euromed, Health Euro-Mediterrnean conferance, Barcelone, novembre 2005.

42. Thayer Christine, Tonneau Dominique, Le système de santé en Angleterre Annales des mines, septembre 2000.

43. Tonneau Dominique, disparité des systèmes en Europe, Revue santé valeur en hausse, revue trimestrielle, N° 230, été 1992.

44. Veil Mechthild, La retraite à 67 an: âge légal, âge effectif, sortie de la vie active-quelles correspondences ; Chronique internationale de l'IRES, n°109, Novembre 2007.

45. Volovitch Pierre, Les syndicats face aux réformes de l'assurance maladie, Chronique internationale de l'IRES, n°91, Novembre 2004.

IV.الرسائل الجامعية:

1. Brahmia Brahim, La dynamique du système de santé Algérien, bilan et perspectives, thèse de doctorat en sciences économiques, Université de Montpellier I, décembre 1991

V. المراسيم:

1. Bulletin officiel, No 5058- 16 ramadan 1423 (21 /11 /2002). Dahir No 1-02-296 du 25 rejeb 1423 (3octobre 2002), les articles 114.116.117.118.119

2. Maroc, Ministère de la santé, Direction de la réglementation et du contentieux – BASE DE DONNEES, Décret N° 2-05-736 du 11 joumada II 1426 (18 juillet 2005) fixant les taux de couverture des prestations médicales à la charge de la Caisse nationale des organismes de prévoyance sociale au titre du régime de l'assurance maladie. obligatoire de base.

3. Maroc, Ministère de la santé, Direction de la réglementation et du contentieux – BASE DE DONNEES, Décret n° 2-05-734 du 11 Joumada II 1426 (18 juillet 2005) fixant le taux de cotisation due à la Caisse nationale de sécurité sociale au titre du régime de l'assurance maladie obligatoire de base.

VI. المقالات والمواقع الالكترونية:

1. A.I.S.S, Tunisie : La réforme de l'assurance maladie; 18/12/2008. www.issa.int/fr/

2. Algérie, chiffres clés, santé et protection sociale, expertise internationale, www.gipspsi.org

3. Ambassade de France au Maroc, Mission économique; Le secteur de La santé au Maroc, fiche de synthèse, 26 septembre 2005

4. Association Internationale de la Sécurité Sociale (AISS), Tunisie : La réforme de l'assurance maladie, 18/12/2008. www.issa.int/fr/

5. Association Marocaine de l'Industrie Pharmaceutique (AMIP), L'industrie Pharmaceutique au Maroc, chiffres clés 2007, données disponibles à fin février 2008. www.amip.ma.

6. Eco-Santé OCDE 2008, Comment la France se positionne : http ://www.oecd.org/dataoecd/45/20/38980771.pdf

7. ECO-Santé OCDE 2008, Juin 2008, www. oecd.org 13.06.2009

8. http :// wikipedia.org.

9. http://www.escwa.un.org/information/publications/edit/upload/sdd-06-tp4-a.pdf

10. La sécurité sociale en ligne (France) : www.ameli.fr. consulter le 17/06/2009

11. Le système de santé britannique, site de la documentation Française www.ladocumentationfrancaise.fr, le 20/06/2009.

12. Maghrebmed, Santé et Médecine au Maghreb, www.maghrebmed.Com.tn.

13. Maroc, Haut Commissariat au Plan, www.hcp.ma

14. Maroc, chiffres clés, santé et protection sociale, expertise internationale www.gipspsi.org.

15. MISSOC, système d'information mutuelle sur la protection sociale dans les états membres de l'UE et de l'EEE. Financement de l'assurance sociale en Allemagne : http://ec.europa.eu/employment_social/social_protection/missoc_info_de.htm. consulter le 9/04/2009.

16. MISSOC, système d'information mutuelle sur la protection sociale dans les états membres de l'UE et de l'EEE. Financement de la protection sociale ; France : http://ec.europa.eu/employment_social/social_protection/missoc_info_fr.htm. consulter le 9/04/2009.

17. OCDE, Panorama de la santé 2007: les indicateurs de l'OCDE.

www. oecd.org. 13.9.2009

18. Rapport de la conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement (Rio de Janeiro 3-14 Juin 1992) : http://www.ayora21.org/rio92/A21_html/A21fr/a21_06.html

19. Réforme de l'assurance maladie: le cas de l'Allemagne, la documentation française www.ladocumentationfrançaise.fr. consulter le 12/05/2009

20. République Tunisienne, Ministère du commerce et de l'artisanat, www.cepex.nat.tn

21. Université internationale du développement durable, santé et développement durable : http://www.uidd.org/fr/thematique/sante_durable.htm.

22. www.ladocumentationfrancaise.fr. consulter le 12/06/2009.

23. www.mutualite.fr

24. www.ons.dz, Légère baisse du taux d'occupation durant la dernière semaine d'octobre 2007

25. www.pogar.org/arabic/contries/states.asp?cid=20

26. الموقع الالكتروني لبرنامج إدارة الحكم في الدول العربية:
ww.pogar.org/arabic/contries/chart.asp

27. الموقع الإلكتروني للبنك العالمي، موجز إعلامي عن كل من الجزائر، المغرب وتونس:
www.worldbank.org

28. الموقع الالكتروني للديوان الوطني للإحصاء للجزائر: www.ons.dz

29. الموقع الالكتروني للصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي للمغرب
www.cnops.org.ma

30. الموقع الالكتروني للمعهد الوطني للإحصاء، تونس: www. ins.nat.tn

31. الموقع الالكتروني للوكالة الوطنية للتأمين الصحي، المغرب: www.anam.ma

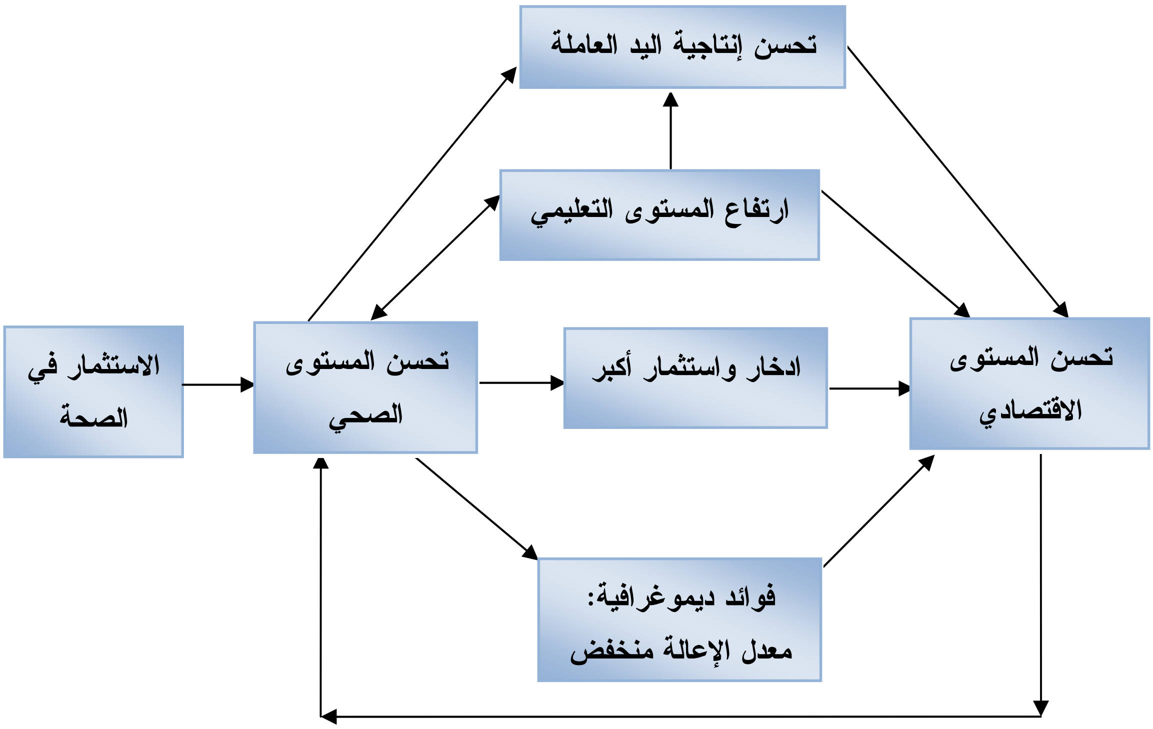
32. الموقع الالكتروني لوزارة الصحة التونسية: www.santetunisie.rns.tn

VII. الجرائد:

1. El Watan Economie, supplément hebdomadaire n°157, du lundi 23 au dimanche 29 juin 2008.
2. El Watan Economie, supplément hebdomadaire n°171, du lundi 3 au dimanche 9 novembre 2008.
3. 4e Pharmadays, Marrakech, Maroc : El Watan Economie, supplément hebdomadaire n°157, du lundi 23 au dimanche 29 Juin 2008.

الملاحق

شكل رقم (77): الاستثمار في الصحة والتنمية الاقتصادية



المصدر:

OMS, Bureau régional de l'Afrique, La santé des populations: le rapport sur la santé dans la région Africaine, 2006, p 07.

جدول رقم (66): معدل صرف العملات الوطنية في البلدان المغاربية 2001 – 2007.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
تونس	1,44	1,42	1,29	1,25	1,30	1,33	1,31
الجزائر	77,22	79,68	77,39	72,06	73,28	72,65	71,43
المغرب	11,30	11,02	9,57	8,87	8,86	8,79	8,19

المصدر:

الأمم المتحدة، الظروف الاقتصادية والاجتماعية في شمال إفريقيا، تحليل ظرفية 2007، مرجع سبق ذكره، ص13.

جدول رقم (67): المؤشرات الاقتصادية للبلدان المغاربية أثناء فترة برامج التصحيح الهيكلي المعتمدة

البلد	السنـــــــــــوات	1983	1984	1985	1986
	البـــــــــيان	فترة برنامج التصحيح الهيكلي			
المغرب	ر.الميزانية العامة/الناتج. م. الإجمالي	−9,2	−7,6	−7,7	−0,8
	الرقم القياسي لأسعار الاستهلاك	6,2	غ.م	7,7	غ.م
	مخزون الدين الخارجي- مليار دولار	12,2	13,1	15,3	17,1
	خدمة الدين إلى الصادرات (%)	38,9	26,6	31,5	34,5
	الاحتياطات الدولية - مليار دولار	0,38	0,27	0,35	0,49
	إستثمارأجنبي مباشر- مليار دولار	0,05	0,05	0,02	0,06
	معدل النمو الاقتصادي (%)	3,3	4,2	6,3	7,8

البلد	السنـــــــــــوات	1986	1988	1989	1991
	البـــــــــيان	فترة برنامج التصحيح الهيكلي			
تونس	ر.الميزانية العامة/الناتج ام الإجمالي	−6,7	−4,5	−3,5	−5,7
	الرقم القياسي لأسعار الاستهلاك	9,2	غ.م	غ.م	7,1
	مخزون الدين الخارجي- مليار دولار	5,9	6,8	7,7	8,2
	خدمة الدين إلى الصادرات (%)	28,8	21,9	21,5	23,8
	الاحتياطات الدولية - مليار دولار	0,30	0,90	0,96	0,79
	إستثمارأجنبي مباشر-مليار دولار	0,30	0,25	0,19	0,35
	معدل النمو الاقتصادي (%)	−1,4	0,2	1,8	3,9

البلد	السنـــــــــــوات	1994	1995	1996	1997	1998
	البـــــــــيان	فترة برنامج التصحيح الهيكلي				
الجزائر	ر.الميزانية العامة/الناتج ام الإجمالي	4.4-	1.4-	3.0	2.4	3.8 -
	الرقم القياسي لأسعار الاستهلاك	29,0	29,8	18,7	5,7	5,0
	مخزون الدين الخارجي- مليار دولار	29.5	31.5	33.6	31.2	30.5
	خدمة الدين إلى الصادرات (%)	47.1	38.8	30.9	30.3	47.5
	الاحتياطات الدولية - مليار دولار	2,67	2,1	4,23	8,05	6,84
	إستثمارأجنبي مباشر-مليار دولار	0,018	غ.م	0.270	0,260	0,501
	معدل النمو الاقتصادي (%)	0,9−	3,9	3,8	1,2	4,7

المصدر: عبد الباقي روابح، مرجع سبق ذكره.

جدول رقم (68): مؤشر دليل التنمية البشرية في الدول العربية لسنة 2005

	الدولة	الترتيب العالمي	قيمة دليل التنمية البشرية	العمر المتوقع عند الولادة بالسنوات	الناتج الإجمالي للفرد / دولار أمريكي
دول ذات تنمية بشرية مرتفعـــة	الكويت	33	0,891	77,3	26.321
	قطــر	35	0,875	75,0	27.664
	الإمارات	39	0,868	78,3	25.514
	البحرين	41	0,866	75,2	21.482
	ليبيا	56	0,816	73,4	10.335
	سلطنة عمان	58	0,814	75,0	15.602
	السعودية	61	0,812	72,2	15.711
دول ذات تنمية بشرية متوسطة	الأردن	86	0,773	71,9	5530
	لبنان	88	0,772	71,5	5584
	تونس	91	0,766	73,5	8371
	الجزائر	104	0,733	71,7	7062
	فلسطين	106	0,731	72,9	غ م
	سوريا	108	0,724	73,6	3808
	مصر	112	0,708	70,7	4337
	المغرب	126	0,646	70,4	4555
	جزر القمر	135	0,561	64,1	1993
	موريتانيا	137	0,550	63,2	2234
	السودان	147	0,526	57,4	2083
	جيبوتي	149	0,516	53,9	2178
	اليمن	153	0,508	61,5	930

المصدر: الجداول الإحصائية الواردة في:

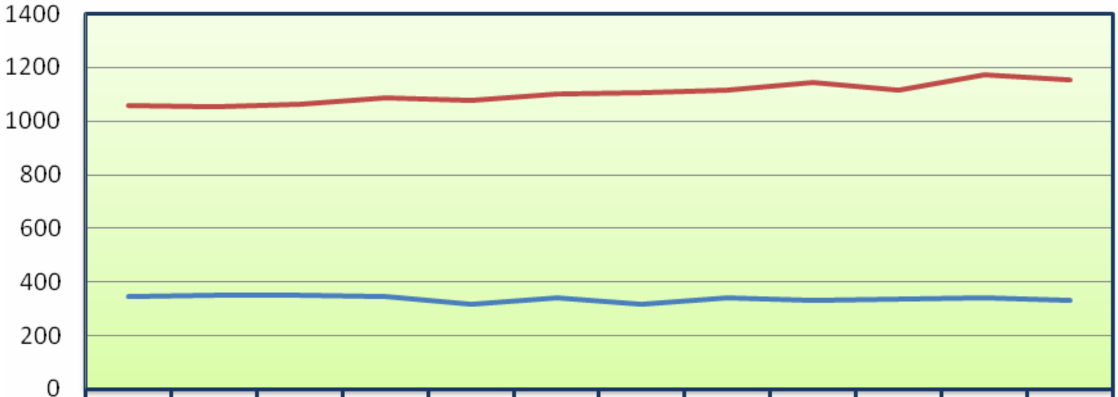
PNUD, Rapport mondial sur le développement humain 2007- 2008, La lutte contre le changement climatique, un impératif de solidarité humaine dans un monde divisé. op. cit.

جدول رقم (69): معطيات إقليمية حول تطور النفقات الصحية لسنة 2005

	نسبة النفقات الصحية من الناتج الداخلي الخام		نسبة الإنفاق العمومي من إجمالي النفقات الصحية		الإنفاق الصحي لكل فرد معادل القوة الشرائية بالدولار الأمريكي	
	2000	2005	2000	2005	2000	2005
إفريقيا	5,8	5,9	43,7	45,3	88	112
أمريكا	11,3	12,7	45,8	46,8	1961	2675
جنوب شرق آسيا	3,5	4,0	30,1	29,0	63	100
أوروبا	08,0	8,6	73,4	74,3	1215	1649
شرق المتوسط	4,5	4,9	44,8	51,4	168	242
غرب الباسيفيك	5,7	5,8	59,6	56,8	359	529
العالم	8,0	8,6	56,0	56,0	579	790

المصدر: *OMS, Statistiques Sanitaires Mondiales 2008.*

شكل رقم (78): مؤشر عدد السكان لكل عامل شبه طبي في تونس و المغرب



	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
تونس	346	348	349	343	316	340	318	340	328	336	338,7	328,6
المغرب	1057	1051	1063	1083	1076	1100	1105	1115	1145	1115	1174	1155

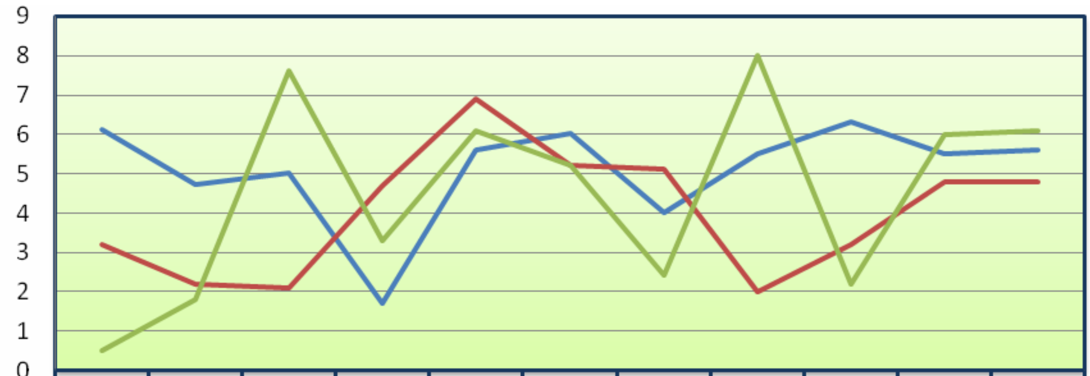
جدول رقم (70): نسبة النفقات الصحية من الناتج الداخلي الخام في الدول العربية

	نسبة النفقات الصحية من الناتج الداخلي الخام		المصادر الخارجية للصحة (%) من إجمالي النفقات الصحية	
	2000	2005	2000	2005
الكويت	3,1	2,2	0,0	0,0
قطـــر	2,3	4,1	0,0	0,0
الإمارات	3,1	2,6	0,0	0,0
البحرين	4,0	3,8	0,0	0,0
ليبيا	3,6	3,2	0,0	0,0
سلطنة عمان	3,0	2,5	0,0	0,0
العربية السعودية	4,0	3,4	0,0	0,0
الأردن	9,4	10,5	4,6	4,5
لبنان	11,0	8,7	2,1	2,3
تونس	5,6	5,5	0,9	0,8
الجزائر	3,5	3,5	0,1	0,1
المغرب	4,8	5,3	0,9	1,0
مصر	5,6	6,1	1,0	0,9
سوريا	4,9	4,2	0,1	0,5
العراق	1,1	4,1	31,5	4,9
موريتانيا	2,8	2,7	23,6	26,1
السودان	3,1	3,8	4,7	6,8
جيبوتي	5,8	6,9	32,6	28,6
اليمن	4,5	5,1	8,2	15,0

المصدر: الجداول الإحصائية الواردة في:

OMS, Statistiques Sanitaires Mondiales 2008.

شكل رقم (79): معدل نمو الناتج الداخلي الخام (من حيث الحجم)
في البلدان المغاربية 1999 – 2009



	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
تونس	6,1	4,7	5	1,7	5,6	6	4	5,5	6,3	5,5	5,6
الجزائر	3,2	2,2	2,1	4,7	6,9	5,2	5,1	2	3,2	4,8	4,8
المغرب	0,5	1,8	7,6	3,3	6,1	5,2	2,4	8	2,2	6	6,1

المصدر:

BAfD, OCDE, perspectives économiques en Afrique 2008, annexe statistique, pp 682,683.

جدول رقم(71): معدل التضخم في البلدان المغاربية 2003 – 2007 (*)
(بالنسب المئوية)

	2003	2004	2005	2006	2007
تونس	2,7	3,7	2,0	3,0	3,5
الجزائر	2,6	3,6	1,7	2,6	3,3
المغرب	1,2	1,5	1,0	3,3	2,0

(*) تغير مؤشر سعر الاستهلاك السنوي في المتوسط

المصدر: الأمم المتحدة، الظروف الاقتصادية والاجتماعية في شمال إفريقيا، تحليل ظرفية 2007، مرجع سبق ذكره، ص12

جدول رقم (72): معطيات ديموغرافية عن الجزائر لكل ألف ساكن (معطيات معدلة).

السنوات	المعدل الخام للولادات	معدل الوفيات الخام	معدل الزيادة الطبيعية
1990	30,94	6,03	2,494
1991	30,14	6,04	2,410
1992	30,41	6,09	2,432
1993	28,22	6,25	2,257
1994	28,24	6,56	2,168
1995	25,33	6,43	1,890
1996	22,91	6,03	1,688
1997	22,51	6,12	1,639
1998	20,58	4,87	1,57
1999	19,82	4,72	1,51
2000	19,36	4,59	1,48
2001	20,03	4,56	1,55
2002	19,68	4,41	1,53
2003	20,36	4,55	1,58
2004	20,67	4,36	1,63
2005	21,36	4,47	1,69
2006	22,07	4,3	1,78
2007	22,98	4,38	1,86

المصدر: الموقع الالكتروني للديوان الوطني للإحصاء. الجزائر.

www.ons.dz. Consulter le 13/10/2009.

جدول رقم (73): السكان النشطون والمؤمنون الاجتماعيون في الجزائر لسنة 2007.

	العدد	% من عدد السكان الإجمالي
عدد السكان الإجمالي	33800.000	%100
Population active **عدد السكان النشطين**	9.969.000	%29,50
Assurés sociaux **المؤمنون الاجتماعيون**	7.843.666	%23,21
المؤمنون الاجتماعيون المشتغلون Assurés sociaux actifs	**4.247.986**	**%12,57**

المصدر:

Brahmia Brahim, le système de santé algérien dans la transition,op.cit, p15.

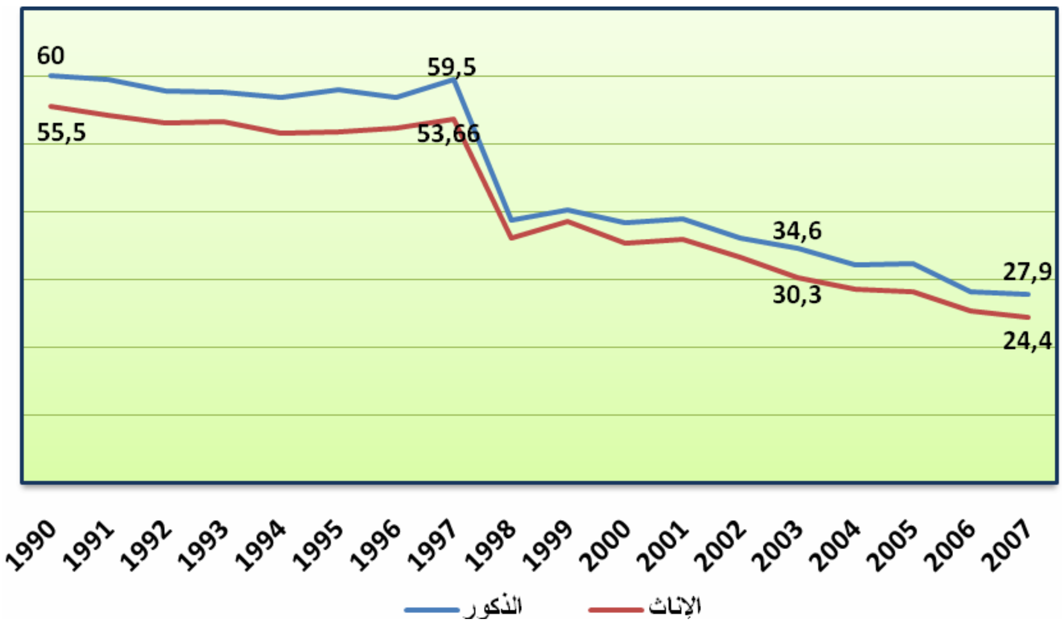
جدول رقم (74): معدل وفيات الأطفال في الجزائر لكل ألف ولادة حية (معطيات معدلة).

	الذكور	الإناث	المجموع
1990	60,00	55,5	57,8
1991	59,4	54,20	56,90
1992	57,70	53,00	55,40
1993	57,61	53,29	55,49
1994	56,80	51,51	54,21
1995	57,94	51,68	54,87
1996	56,88	52,21	54,59
1997	59,50	53,66	56,64
1998	38,70	36,00	37,40
1999	40,20	38,60	39,40
2000	38,40	35,30	36,90
2001	38,90	35,90	37,50
2002	36,10	33,30	34,70
2003	34,60	30,30	32,50
2004	32,20	28,50	30,40
2005	32,40	28,20	30,40
2006	28,30	25,30	26,90
2007	27,90	24,40	26,20

المصدر: الموقع الالكتروني للديوان الوطني للإحصاء، الجزائر.

www.ons.dz. Consulter le 13/10/2009.

شكل رقم (80): معدل وفيات الأطفال في الجزائر لكل ألف ولادة حية



جدول رقم (75): التوازن المالي لمنظومة الضمان الاجتماعي في الجزائر 2001 –2006.

		2001	2002	2003	2004	2005	2006
الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية *CNAS*	الإيرادات	796101	104771	1152311	1371441	1697031	162429
	النفقات	76950	987191	1063311	1286591	1597111	160858
	الرصيد	26601+	60521+	89001 +	84851 +	99921 +	1571 +
الصندوق الوطني للمتقاعدين *CNR*	الإيرادات	1351401	1413001	1487101	1834601	1901101	202970
	النفقات	1279201	1430701	1454401	1723001	1872301	210700
	الرصيد	72201+	17701−	32701+	+111601	28801+	7730 −
الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الأجراء *CASNOS*	الإيرادات	91101	133211	249061	258821	181881	20378
	النفقات	126401	154911	182611	207731	222591	22816
	الرصيد	35301−	21701−	66451+	51091+	40711−	2438−
الصندوق الوطني للتأمين على البطالة *CNAC*	الإيرادات	130601	130601	139101	144201	158301	16549
	النفقات	3200	22401	25401	27601	36681	6120
	الرصيد	9860+	+108201	+113701	+116601	+121621	10429+
CACOBATH	الإيرادات	3740	50101	53101	65101	73701	8311
	النفقات	5240	50101	57601	66101	73101	6893
	الرصيد	1500−	0000	450−	100−	600+	1418+

المصدر:

Office National des statistiques, Algérie : www.ons.dz, consulter le 05/10/2009.

قائمة الجداول والأشكال

أولا: الجداول

ثانيا: الأشكال

فهرس العناوين

الملخصات

ملخص:

بالرغم من أن الصحة لا تقدر بثمن، إلا أنها تكلف مالا، وانطلاقا من ذلك فإن المنظومة الفعالة هي التي تلبي الاحتياجات الصحية للسكان، مع مراعاة مبدأ العدالة في المساهمات المالية. ومفهوم العدالة يعني أن تعتمد مساهمة الأفراد في تمويل المنظومة الصحية على دخلهم، ولا تكون متوقفة على حالتهم الصحية. وبرزت بذلك الحاجة الماسة لترشيد الموارد المالية المخصصة لهذا القطاع الحيوي، ومحاولة إيجاد الآليات العملية التي تسمح بتوظيف المصادر بحثا عن الفعالية وتحسين مستوى الأداء. وتعتبر أبحاث الاقتصاد الصحي محاولات جادة لإظهار الفائدة الاقتصادية من الجهود التي تبذل لتحسين الوضع الصحي، انطلاقا من أن الإنفاق على الصحة يمثل استثمارا بشريا وقد برزت هذه الأبحاث بالنظر للطلب المتنامي على الخدمات الصحية مقابل موارد محدودة، وفي ظل النمو الديموغرافي، تغير خريطة المرض والتركيبة العمرية للسكان.

بالنسبة للبلدان المغاربية الثلاث موضوع الدراسة (تونس، الجزائر المغرب)، فإن الإصلاحات الاقتصادية التي باشرتها تحت رقابة المؤسسات المالية الدولية، وإن حققت نجاحات في المجال النقدي والمالي على صعيد التوازنات الاقتصادية الكبرى، فقد كانت لها آثار سلبية على مختلف الجوانب الاجتماعية (الصحة، التعليم، السكن..). وأصبحت المسألة الاجتماعية من المحاور الأساسية التي يستوجب إدراجها عند الحديث عن أي إصلاحات اقتصادية حقيقية وشاملة. فبالرغم من التحسن الذي عرفته مستويات الرعاية الصحية في البلدان المغاربية بشكل عام، فإن توزيع ثمار هذا التطور ظل متفاوتا فيما بين الفئات الاجتماعية والمناطق، والذي تبرزه مختلف المؤشرات الصحية المعتمدة في مجال المقارنة للوقوف على نوعية الخدمات المقدمة، عدالة توزيعها، ومن ثم مستويات الأداء في المنظومات الصحية.

لقد أصبح تمويل النفقات الصحية في البلدان المغاربية الثلاث يطرح إشكالا كبيرا مع تسجيل تفاوت في حصة النفقات العمومية والخاصة. حيث تشير الإحصائيات إلى الدور الكبير الذي يلعبه الإنفاق العام في تمويل نفقات الصحة في الجزائر رغم تواضع النفقات الإجمالية التي لم تتعد 3,6% من الناتج الداخلي الخام في سنة 2006، يشكل فيها الإنفاق العام

أكثر من 75%. في حين يشكل الإنفاق العام على الصحة نسبة 44,3% من إجمالي النفقات الصحية في تونس، مقابل 55,7% كإنفاق خاص. أما مستويات الإنفاق الصحي في المغرب فتعرف اختلالا كبيرا، في ظل محدودية وضعف مستوى الإنفاق العام، الذي لم يتعد حدود 36,6% من إجمالي النفقات الصحية، مقابل 63,4% كنفقات خاصة. وهو ما أثر سلبا على مستويات الطلب وتقليص فرص الحصول على الخدمات الصحية الضرورية، في ظل الضعف الكبير في مستويات التغطية الطبية، وتواضع نسبة السكان الذين يشملهم نظام التأمين على المرض التي لم تتجاوز 16% من إجمالي السكان قبل الإصلاحات الأخيرة التي باشرها المغرب لتوسيع مظلة التأمين الصحي.

ولتحليل كل هذه النقاط، وعقد المقارنات اللازمة، فقد تناولنا هذا الموضوع في أربعة فصول. تناولنا في الفصل الأول الأشكال الرئيسية للمنظومات الصحية وتطورها بالإضافة إلى مختلف الإصلاحات الهادفة لترشيد النفقات وتحسين مستوى الأداء.

الفصل الثاني خصص لدراسة التطورات الاقتصادية في البلدان المغاربية الثلاث والوقوف على نتائج إصلاحاتها الاقتصادية التي تعكسها المؤشرات الاجتماعية.

الفصل الثالث من الرسالة خصص لدراسة أهم المؤشرات الصحية وعرض العلاج في البلدان المغاربية، والوقوف على النقائص التي تعانيها منظوماتها الصحية.

الفصل الرابع تناولنا فيه مصادر تمويل المنظومات الصحية المغاربية في ظل التحديات الجديدة على الصعيد الاجتماعي، الاقتصادي، وتغير خريطة المرض.

وتضمنت الخاتمة أهم النتائج والتوصيات التي خلصنا إليها من خلال هذه الدراسة.

Résumé:

Bien que la santé n'a pas de prix, elle coûte de l'argent, et sur cette base, un système efficace est celui qui répond aux besoins sanitaires de la population, en tenant compte du principe de justice dans les contributions financières. Le concept de justice signifie que la contribution des individus dans le financement du système de santé dépend de leurs revenus, et non de leur état de santé. D'où l'émergence d'une nécessité urgente : rationaliser les ressources financières allouées à ce secteur vital, et essayer de trouver des mécanismes pratiques qui permettent l'emploi des sources pour rechercher l'efficacité et l'amélioration de la performance. Les Recherches dans L'économie de Santé sont des tentatives sérieuses pour montrer les avantages économiques des efforts déployés pour améliorer l'état de santé, du fait que les dépenses dirigées vers la santé, constituent un investissement humain. Ces recherches ont émergé à la suite de la demande croissante sur les services sanitaires face à des ressources limitées, et en vertu de la croissance démographique, de la carte des maladies et du changement de la structure par âge de la population.

Pour les trois pays du Maghreb en question, (Tunisie, Algérie et Maroc), les réformes économiques engagées sous la supervision des institutions financières internationales, et malgré les succès enregistrés dans le domaine des conditions monétaires et financières de l'équilibre macro-économique, ont eu un impact négatif sur les différents aspects sociaux (santé, éducation, logement ..). La question sociale est devenue l'un des axes fondamentaux devant être inclus dans toute discussion de véritables réformes économiques globales. Malgré les améliorations connues généralement sur les niveaux de soins de santé dans les pays du Maghreb, la répartition des fruits de ce développement a été disparate entre les groupes sociaux et les régions, ce qui est mis en évidence par différents indicateurs de santé adoptés dans le domaine de comparaison afin de déterminer la qualité des services fournis, leur répartition équitable, et par suite les niveaux de performance des systèmes de santé.

Le financement des dépenses sanitaires dans les trois pays du Maghreb pose un problème de façon significative avec l'enregistrement de disparité, entre les actions des dépenses publiques et celles des dépenses privées. En effet, les statistiques indiquent le rôle important joué par les dépenses publiques dans le financement des dépenses de santé en Algérie, malgré la modestie des dépenses totales qui ne dépassent pas 3,6% du PIB (produit intérieur brut) en 2006, où les dépenses publiques sont supérieures à 75% . Alors que les dépenses publiques de santé représentent 44,3% des dépenses totales de santé en Tunisie, comparativement à 55,7% pour les dépenses privées.

Mais les niveaux de dépenses sanitaires au Maroc ont connu un déséquilibre majeur, en présence d'un niveau limité et faible des dépenses

publiques, qui n'ont pas dépassé 36,6% des dépenses totales de santé, comparativement à 63,4% pour les dépenses privées. Ce qui a eu un impact négatif sur les niveaux de la demande et a réduit les services nécessaires de santé, avec une faiblesse significative dans les niveaux de couverture médicale, et la proportion modeste de la population couverte par le système d'assurance maladie, qui n’a pas excédé 16% de la population totale, avant les récentes réformes initiées par le Maroc afin d’étendre la couverture d'assurance santé.

Pour analyser ces points et faire les comparaisons nécessaires, on a étudié ce sujet en quatre chapitres. On a consacré le premier chapitre aux principales formes de systèmes de santé et à son développement, en plus des diverses réformes visant à rationaliser les dépenses et améliorer les performances.

Le chapitre II est consacré à l'étude des évolutions économiques dans les trois pays du Maghreb et à l'exploration des résultats des réformes économiques, reflétées dans les indicateurs sociaux.

Le chapitre III de la thèse a été consacré à l'étude des indicateurs de santé les plus importants, l’offre du soin dans les pays du Maghreb, et d'identifier les lacunes dans les systèmes de santé.

Dans le chapitre IV on a discuté les sources du financement des systèmes de santé dans les pays du Maghreb, en vertu des nouveaux défis au niveau socio-économique, et du changement de la carte de la maladie.

La conclusion comporte les principaux résultats et recommandations tirés de cette étude.

Abstract:

Although health is priceless, it cost money, and on that basis, an effective system is one that responds to the health needs of the population, taking into account the principle of justice in financial contributions. The concept of justice means that the contribution of individuals in financing the health system is dependent on their income, and not on their health. Hence, the urgent need has emerged to rationalize the financial resources allocated to this vital sector, and try to find practical mechanisms that allow the employment of sources in search of efficiency and performance improvement. The Health Economics Research are serious attempts to show the economic benefit of efforts exerted to improve health status, from that, expenditure on health is an human investment. This research has emerged as a result of the growing demand for health services in the presence of limited resources; and under demographic growth, the disease map and the population age structure have changed.

For the three Maghreb countries in question, (Tunisia, Algeria and Morocco), the economic reforms initiated under the supervision of international financial institutions, despite the successes achieved in the field of monetary and financial terms of the macroeconomic balance, it had a negative impact on various social aspects (health, education , housing ..). The social question has become one of fundamental axes that must be included in talking about any real and comprehensive economic reforms. Despite the improvements known generally about levels of health care in the Maghreb countries, the distribution of the fruits of this development has been disparate among social groups and regions, which is highlighted by the various health indicators adopted in the field of comparison to determine the quality of services provided, its equitable distribution, and then the levels of performance in health systems.

Financing for health expenses in the three Maghreb countries poses a significantly problematic with recording disparity in the shares of public expenses and private expenses. Since statistics indicate the significant role played by public expenditure in the financing of health expenses in Algeria, despite the modest total expenses did not exceed 3,6% of GDP (*Gross Domestic Product*) in 2006, where the public expenditure is more than 75%. While Public spending on health is 44,3% of total health expenses in Tunisia, compared to 55,7% as private expenses.

But levels of health spending in Morocco suffered a major imbalance, with limited and poor level of public spending, which has not exceeded the limits of 36,6% of total health expenditure, compared to 63,4% as private expenditure. Which impacted negatively on the levels of demand and reduced

access to necessary health services, with significant weakness in the levels of medical coverage, and the modest proportion of the population covered by health insurance system, which did not exceed 16% of the total population before the recent reforms initiated by Morocco to expand insurance coverage health.

To analyze these points, and make the necessary comparisons, we have studied this subject in four chapters. We have dedicated the first chapter to the main forms of health systems and its development, in addition to the various reforms designed to rationalize expenses and improve performance.

Chapter II was devoted to study economic developments in the three Maghreb countries and survey the results of economic reforms which are reflected in social indicators.

Chapter III of the treatise was devoted to study the most important health indicators, the offer treatment in the Maghreb countries, and identify deficiencies in health systems..

In Chapter IV we discussed the sources of financing health systems in the Maghreb, under the new challenges at the social-economic level, with change of disease map.

The conclusion Include main findings and recommendations that we have adopted in this study.